
LANE MEDICAL LIBRARY STANFORD
T71 .H26 STOR
Lecons sur la scrofule et les scrofulid
24503365331

LEÇONS

SUR LES

ADIES DE LA PEAU.

LEÇONS

SUR LES

MALADIES DE LA PEAU.

Paris. — Imprimerie de L. MARTINET, rue Mignon, 2.

LEÇONS

SUR LES

MALADIES DE LA PEAU

PROFESSÉES A L'HOPITAL SAINT-LOUIS

Par le docteur HARDY,

Médecin de l'hôpital Saint-Louis, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris,
Chevalier de la Légion d'honneur,

Rédigées et publiées

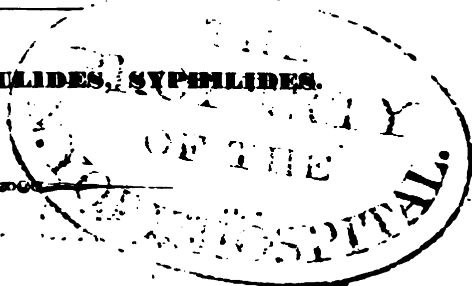
Par le docteur Léon MOYSANT,

Ancien interne des hôpitaux.

REVUES ET APPROUVÉES PAR LE PROFESSEUR.

Deuxième édition, revue et corrigée.

DARTRES, SCROFULIDES, SYPHILIDES.





PARIS

ADRIEN DELAHAYE, LIBRAIRE-ÉDITEUR

PLACE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 23

1860

TABLE ANALYTIQUE.

AVANT-PROPOS.

Pendant de longues années les maladies de la peau ont été mal étudiées et mal connues : les médecins regardaient comme au-dessous d'eux de s'occuper de ces affections, et leur traitement était abandonné aux empiriques et aux médicastres ; de même que de nos jours nous laissons quelques affections spéciales aux dentistes et aux pédicures. De cet abandon injuste il en est résulté une ignorance complète des maladies de la peau. Leur nom était à peine bien défini, la même dénomination s'appliquant à plusieurs affections différentes et les mêmes affections étant dénommées par des désignations variées. Quant aux descriptions relatives à l'aspect, à la marche, aux symptômes concomitants des éruptions, elles laissaient tant à désirer, que c'est toujours avec une grande peine qu'on parvient à reconnaître une affection déterminée au milieu des détails peu précis que nous ont laissés les auteurs.

A la fin du siècle dernier, Plenck et surtout Willan ont commencé à débrouiller ce chaos. Willan et son disciple Bateman ont régulièrement défini les lésions observées dans les maladies de la peau ; ils ont donné à la nomenclature de ces mêmes affections une précision parfaite, et par la fidélité de leurs descriptions, ils ont permis d'arri-

ver à une grande perfection de diagnostic. Sous cette impulsion, et grâce aux observations, aux leçons, aux publications de Biett, de MM. Gibert, Cazenave, Devergie, les différents aspects des maladies cutanées, leur marche, leur siége habituel; en un mot, les détails graphiques de ces affections furent très bien connus, et l'on arriva, par l'étude analytique des lésions élémentaires des éruptions, à reconnaître et à nommer une maladie de la peau avec autant de facilité et par le même procédé qu'un botaniste parvient à connaître le nom d'une plante en recherchant le nombre et la position des pétales et des étamines.

Ce fut un grand progrès réalisé; on ne saurait le proclamer assez haut. Mais devons-nous nous en tenir là? Je suis de ceux qui ne le pensent pas. En étudiant les maladies de la peau, non pas seulement dans leurs manifestations extérieures, mais dans leurs causes et dans leurs rapports avec les autres affections, on ne tarde pas à voir que la forme ne joue qu'un rôle secondaire ; on est forcé de reconnaître qu'une même maladie peut présenter tantôt des vésicules, tantôt des pustules, tantôt des squames, quelquefois même toutes ces lésions à la fois : je citerai pour exemple la gale, dans laquelle on trouve habituellement réunies plusieurs lésions élémentaires, et même l'eczéma, dans lequel on peut rencontrer simultanément des vésicules, des pustules et des squames. C'est qu'au-dessus de la forme il y a le *caractère* particulier de l'éruption, la *nature* qui imprime à la maladie un cachet spécial, tout en déterminant, suivant les individus, des éruptions un peu variées. Cette recherche de la *nature* des affections cutanées avait été totalement négligée par l'école anglaise. Fondé sur l'étude des caractères exté-

rieurs, le système de classification de cette école n'était, à proprement parler, qu'un moyen artificiel d'arriver au diagnostic; mais, ainsi posé, ce diagnostic lui-même était incomplet; il ne faisait connaître qu'une partie de la maladie, la partie extérieure, en laissant dans l'ombre la question d'étiologie et de nature. Maintenant que nous possédons parfaitement la connaissance des caractères graphiques des maladies cutanées, il s'agit d'élucider cette question de nature; c'est à former de grands groupes nosologiques dans lesquels puissent se ranger les diverses éruptions qu'il faut s'appliquer, et c'est dans la confection de cette œuvre que réside aujourd'hui le progrès en dermatologie. Il faut qu'on se pénètre bien de cette vérité, que, pour bien connaître une maladie de la peau, il ne suffit pas de savoir son nom tiré de son apparence extérieure, mais qu'il faut encore rechercher à quel groupe naturel elle appartient; de même que, dans notre état social, un individu n'est bien connu dans sa personnalité que lorsqu'à son prénom on peut ajouter son nom de famille. Les éruptions ont donc aussi leur nom de famille, et c'est ce nom qui vient nous éclairer sur leur cause, sur leur marche, sur leurs récidives possibles et sur le traitement qui leur convient.

Envisagée de cette manière, la dermatologie devient évidemment pratique; elle sort de l'histoire naturelle, où elle s'était réfugiée depuis le commencement de ce siècle, pour rentrer dans la médecine, dans la vraie médecine, dans celle qui ne se contente pas de nommer les maladies, mais qui surtout s'efforce de les guérir.

J'avais besoin d'énoncer ces principes de dermatologie générale en tête des leçons qui sont publiées aujourd'hui;

ces principes, qui me guident dans ma pratique et dans mon enseignement, trouvent, en effet, leur application toute spéciale dans l'étude des maladies qui ont fait l'objet de mon cours clinique pendant l'été dernier. Les dartres, les scrofulides, les syphilides, forment trois grandes familles naturelles bien distinctes, mais qui se rapprochent cependant, en ce sens que leurs éruptions sont le résultat d'un état constitutionnel, d'une diathèse spéciale innée ou acquise. C'est surtout dans ces affections, et principalement dans les affections scrofuleuses et syphilitiques, que la forme éruptive tient évidemment la seconde place dans la maladie, et que la question de nature doit être placée au premier rang, relativement à la pathogénie et à la thérapeutique.

Comme on le verra dans mes leçons, j'ai cru devoir reconstituer la classe des dartres si attaquée et si ridiculisée; j'ai fait encore, sous le nom de *scrofulides*, une classe des affections scrofuleuses, qui peuvent se présenter sous diverses formes élémentaires, comme les syphilides, mais en conservant toujours des caractères communs qui impriment à ces éruptions un air de famille. En agissant ainsi, je me suis placé au point de vue pratique, et je me suis cru obligé de m'écarter du chemin suivi par mes maîtres et mes devanciers, dont plusieurs sont encore mes collègues à l'hôpital Saint-Louis. Relativement à ces derniers, je suis loin de méconnaître les services qu'ils ont rendus à la dermatologie par leurs travaux et leur enseignement; mais leur opposition systématique à des idées nouvelles, leur négation des résultats thérapeutiques les plus évidents, m'ont séparé d'eux, bien à regret, dans plusieurs questions. Heureusement j'ai trouvé déjà engagé

dans la même voie mon savant et laborieux collègue, M. Bazin, dont les doctrines de pathologie générale se rapprochent beaucoup des miennes, et qui s'est chargé récemment, avec tant de bonheur et de succès, de faire ressortir la vérité de ces principes communs, en édifiant à nouveau, dans un grand intérêt scientifique et pratique, la famille si naturelle des maladies parasitaires.

Je ne veux pas terminer ces lignes préliminaires sans adresser publiquement mes remercîments à M. le docteur Moysant, mon ancien interne et mon ami, qui a bien voulu recueillir mes leçons, et qui a cru devoir les publier. En autorisant cette publication, j'accepte volontiers l'occasion de soumettre au public médical ma manière de comprendre les maladies de la peau et ma méthode de les étudier. Dans ces leçons, qui ne peuvent être considérées que comme un essai encore incomplet de dermatologie, je désire surtout qu'on apprécie le côté véritablement pratique sous lequel j'ai cherché à diriger mes études et mon enseignement.

A. Hardy.

LEÇONS

SUR LES

MALADIES DE LA PEAU.

I

INTRODUCTION

A L'ÉTUDE DES MALADIES DE LA PEAU.

LÉSIONS ÉLÉMENTAIRES. — CLASSIFICATION.

Quand on débute dans l'étude des maladies de la peau, on est frappé tout d'abord du grand nombre de ces affections et de leurs variétés infinies. Néanmoins, au milieu de cette confusion apparente, on ne tarde pas à apercevoir quelques caractères communs qui peuvent servir de point de repère, pour grouper ces affections d'après leurs ressemblances ou leurs dissemblances. Parmi ces caractères communs, nous trouvons en premier lieu des formes assez restreintes d'éruptions nettement définies et reconnaissables dans les différents cas ; ces formes sont surtout bien marquées au début des maladies, elles se présentent alors avec des caractères tranchés qui permettent de les reconnaître et de leur donner un nom particulier : ce sont les *lésions* dites *élémentaires* dont le développement,

l'évolution, quelquefois même le mélange, constituent les aspects variés des maladies cutanées. Aussitôt qu'on aborde l'étude de la dermatologie, il faut faire connaissance avec ces lésions, qui ont été bien étudiées, d'abord par Plenck, puis surtout par Willan et son école, et dont nous devons proclamer l'importance, relativement au diagnostic des maladies de la peau.

Ces lésions élémentaires ou primordiales sont au nombre de onze; ce sont : 1° les *macules*, qui consistent en une altération de la matière pigmentaire par défaut ou par excès, et qui sont constituées par des taches plates ou saillantes, de couleurs variées, persistantes et non susceptibles de disparaître par la pression du doigt. Ces taches ont une grande ténacité, elles conservent habituellement le même état et ne se transforment pas comme les autres lésions élémentaires; elles constituent moins de véritables maladies que des difformités de la peau qui sont souvent au-dessus des ressources de l'art. Nous trouvons ces taches dans le *vitiligo*, dans les *éphélides*, dans le *lentigo*, etc.

2° Les *exanthèmes* ou taches exanthémateuses sont d'un rouge plus ou moins intense, d'une étendue variable ; la rougeur pâlit et disparaît momentanément sous la pression du doigt pour reparaître aussitôt que la pression cesse. La coloration rouge présente plusieurs degrés d'intensité et va en diminuant d'une manière graduelle, depuis l'époque de son apparition jusqu'à sa résolution complète. En disparaissant, ces taches s'accompagnent d'une desquamation qui diffère par la durée de celle des affections squameuses proprement dites; dans ces dernières maladies l'épiderme se sèche et s'exfolie incessam-

ment, tandis que, dans les exanthèmes, l'exfoliation n'a lieu qu'une fois et souvent aux dépens de l'épiderme qui existait au moment de l'éruption ; celui qui est formé de nouveau a toutes les conditions de viabilité et de durée, et ne se détache plus. L'érysipèle, la rougeole, la scarlatine, nous offrent des exemples de taches exanthématiques. On a pensé que les exanthèmes étaient causés par une lésion dans la circulation capillaire de la peau et que la rougeur était le résultat d'une congestion, cette opinion nous paraît assez probable.

3° Immédiatement après les exanthèmes nous trouvons les *vésicules*, qui sont de petites saillies acuminées, transparentes, de la grosseur de la pointe ou au plus de la tête d'une épingle ; elles sont dues à un soulèvement de l'épiderme distendu par une sérosité claire, limpide et transparente. Ces vésicules ont différents modes de terminaison : tantôt le liquide se résorbe, l'épiderme soulevé s'affaisse, et à la place de la vésicule il ne reste plus qu'une petite tache jaunâtre qui disparaît elle-même peu à peu ; tantôt la vésicule se rompt, l'épiderme se déchire et laisse écouler le liquide séreux qu'il contenait ; ce liquide, quoique clair et limpide, est cependant très plastique, et il se concrète alors sous forme de croûtes qui peuvent se renouveler plusieurs fois. Si ces croûtes se détachent prématurément ou si elles sont enlevées par des topiques, on trouve au-dessous d'elles des ulcérations superficielles; d'autres fois enfin les vésicules augmentent de volume, la sérosité se change en pus et alors il se forme une véritable pustule. Les vésicules sont la lésion élémentaire habituelle de l'eczéma. On a voulu expliquer la formation des vésicules par l'inflammation

des conduits sudorifères, mais l'auteur de cette théorie, M. Cazenave, n'a apporté aucune preuve anatomique à l'appui de sa manière de voir qui reste une pure hypothèse, peu probable d'ailleurs; nous aurons occasion de revenir sur cette question de pathogénie, à propos de l'eczéma, nous voulons seulement nous élever ici contre cette facile méthode d'anatomie pathologique qui substitue aux dissections et aux recherches microscopiques l'hypothèse et la fantaisie. En médecine positive il vaut mieux avouer son ignorance sur un point que de chercher à la cacher par des hypothèses sans fondement.

4° Les *bulles* ne sont, à proprement parler, qu'une exagération des vésicules; ce sont de larges soulèvements de l'épiderme, du volume d'une noisette, d'une noix, d'un œuf et plus, renfermant également un liquide séreux. Comme les vésicules, les bulles peuvent se terminer par la résorption du liquide, par l'ulcération et par la transformation de la sérosité en liquide purulent. De même que l'on a considéré les vésicules comme le résultat de l'inflammation de l'extrémité des conduits sudorifères, de même M. Cazenave et son école ont regardé les bulles comme dépendant de l'inflammation simultanée d'un assez grand nombre de ces conduits; ce que nous venons de dire à propos des vésicules s'applique également aux bulles, on ne peut véritablement pas concevoir comment l'inflammation des petits canaux sudorifères pourrait donner lieu à des lésions aussi considérables que celles qui existent dans les *bulles*. Nous trouvons un exemple de *bulles* dans le *pemphigus*.

5° Au cinquième rang nous trouvons les *pustules*, petites tumeurs arrondies, formées par l'épiderme soulevé

par du pus. La résorption est rare dans les pustules; ordinairement elles se rompent et le liquide concrété forme des croûtes jaunes, brunes et épaisses, recouvrant une ulcération arrondie. Tantôt les ulcérations sont petites, rapprochées et confluentes comme dans l'impétigo, elles sont dites alors *psydraciées ;* tantôt, au contraire, volumineuses, vivement enflammées, elles sont isolées et discrètes, comme dans l'ecthyma, on les appelle *phlysaciées*. Les pustules se rencontrent dans l'ecthyma, dans l'acné, dans la variole, etc. L'école dite anatomique a voulu attribuer à l'inflammation des follicules sébacés la formation des pustules ; il est possible que certaines pustules, comme celle de l'acné, dépendent de la phlegmasie des follicules sébacés, mais c'est aller bien au delà des faits démontrés que de vouloir généraliser et attribuer la formation de toutes les pustules à l'inflammation folliculeuse. Si je voulais discuter ici cette opinion, je n'aurais qu'à citer l'exemple des pustules d'ecthyma qui se développent dans les parties où les anatomistes nient l'existence des follicules sébacés; dans la paume de la main par exemple.

6° Les *papules* forment la sixième catégorie de lésions élémentaires. Ce sont de petites saillies pleines et fermes, acuminées, ne renfermant pas de liquide, mais pouvant en sécréter, lorsque les malades viennent à excorier le sommet de ces petites élevures avec leurs ongles. Les papules existent dans le strophulus, dans le lichen, dans le prurigo. On a considéré les papules comme une affection des papilles nerveuses de la peau, à cause de la démangeaison qui les accompagne et qui fait supposer une lésion des appareils nerveux de la peau; en l'absence de

lésions évidentes des papilles, reconnues par les dissections et le microscope, nous refusons de voir dans les papules une altération du corps papillaire. Pour localiser ainsi le siége des papules, la considération de la démangeaison ne suffit pas, car ce symptôme existe à un degré souvent aussi prononcé dans d'autres affections non papuleuses, dans l'eczéma par exemple, dont la lésion élémentaire est constituée habituellement par des vésicules.

7° Les *squames* ne sont autre chose que des débris d'épiderme altéré ; elles forment des lamelles sèches, ordinairement blanches ou grisâtres, tantôt petites, minces et furfuracées (pityriasis), tantôt larges, épaisses, imbriquées les unes sur les autres et d'un blanc nacré (psoriasis). On peut, sans crainte d'erreur, localiser les squames dans l'épiderme.

8° Le huitième ordre des lésions élémentaires comprend les *tubercules*, mot impropre à cause de sa signification pathologique ordinaire, et qu'il faudrait mieux remplacer par celui de *tubérosité*, ainsi que l'avait proposé Requin. Quoi qu'il en soit, les tubercules sont de petites tumeurs globuleuses, fermes ou molles, ne contenant pas de liquide primitivement et paraissant formées dans les parties profondes du derme. Tantôt elles diminuent peu à peu par une absorption insensible et finissent par disparaître, tantôt elles se ramollissent, s'ulcèrent et peuvent donner lieu à des pertes de substance assez profondes et assez étendues.

Les altérations de la peau que nous venons d'indiquer constituent les lésions élémentaires généralement admises, les lésions élémentaires classiques décrites par

Willan, Bateman, Biett et ses élèves. Nous avons cru devoir en ajouter trois autres qui sont :

9° Les taches *hématiques* (purpura), constituées par un épanchement de sang dans le tissu même de la peau et formant des taches rouges, violettes, rouillées, qui ne disparaissent pas sous la pression du doigt.

10° Les produits altérés de la sécrétion sébacée, qui se présentent soit sous la forme d'une huile répandue sur la surface cutanée (acné sébacée fluente), soit sous la forme de concrétions semblables à de la cire séchée et durcie (acné sébacée concrète). Ces altérations ne rentrent évidemment dans aucune des lésions élémentaires classiques.

11° Dans la onzième et dernière classe nous rangeons toutes les productions parasitaires animales ou végétales (acarus de la gale, achorion du favus, trichophyton de l'herpès, etc.). Outre les caractères spéciaux que le microscope nous fait connaître sur chacun de ces parasites, les affections qui en sont les suites s'offrent à nous avec des formes particulières, avec une physionomie à part, qui suffisent pour les distinguer entre elles et pour les séparer des autres maladies de la peau.

Nous venons de vous exposer le tableau des lésions anatomiques élémentaires qui se rencontrent dans toutes les maladies de la peau, quelles qu'elles soient. Or, nous le répétons, l'évolution et le mélange de ces lésions initiales constituent les différentes variétés des affections cutanées. Dans le début des maladies, il est ordinairement facile de reconnaître ces lésions initiales, mais plus tard cette recherche est plus difficile : ces altérations se transforment, elles se mélangent même les unes aux autres, et souvent

il en résulte, suivant l'heureuse expression de M. Devergie, des maladies composées que nous devons admettre dans la pratique médicale.

Le travail d'analyse auquel nous venons de nous livrer, pour examiner les maladies cutanées à leur état de plus grande simplicité, ne suffit pas pour avoir une idée complète de cette partie importante de la pathologie. Il nous faut maintenant envisager notre sujet à un point de vue tout opposé, il nous faut considérer les affections de la peau dans leur ensemble, de manière à les coordonner et à les classer; cette classification est indispensable, et son absence chez les anciens auteurs est la cause de l'obscurité qui a régné longtemps dans l'étude de la pathologie cutanée : les maladies qui en font partie étaient décrites sans ordre, leur nom lui-même n'était pas bien défini, la même dénomination s'appliquant évidemment à des maladies différentes et les affections semblables étant souvent désignées par des noms variés.

La classification et la nomenclature des maladies de la peau est de date récente; et ce n'est qu'à partir des essais tentés dans cette direction qu'on a commencé à mieux connaître ces affections; ou, ce qui serait plus juste à dire, c'est lorsque l'observation exacte a permis de mieux étudier leurs caractères qu'on a pu songer à les classer.

La manière de considérer les maladies de la peau dans leur ensemble et les bases de classification ont d'ailleurs été envisagées différemment par les différents auteurs qui s'en sont occupés. Si nous cherchons à nous rendre compte des principaux essais en ce genre, nous verrons

que Turner, un des premiers, en 1774, eut l'idée de classer les maladies cutanées en les divisant en deux grandes classes : 1° les maladies du cuir chevelu ou *teignes;* 2° les maladies de la surface du corps ou *dartres*. Nous retrouvons encore dans le monde la trace de cette classification uniquement basée sur le siége : tous les jours il vous arrivera d'entendre appeler teigne toute maladie du cuir chevelu, et dartre toute maladie de la peau des autres parties du corps. Plus tard, en 1776, Plenck, médecin de Vienne, attachant de l'importance à l'aspect extérieur des maladies de la peau, les divisa en quatorze groupes; mais il eut le tort de prendre pour base de sa classification des altérations qui ne sont pas toutes des lésions distinctes, et dont quelques-unes ne sont que des produits, des phases d'une autre lésion; telles sont les croûtes, les ulcérations qui ne sont que les produits d'une inflammation arrivée à un certain degré. Néanmoins cette classification, basée sur une analyse mieux faite des altérations observées sur la peau malade, doit être considérée comme un progrès et regardée comme le véritable point de départ des classifications anatomiques.

A peu près à la même époque, c'est-à-dire en 1777, Lorry, en France, tentait une classification des affections cutanées, d'après la nature présumée de ces affections. Il les divisait en maladies de la peau provenant d'une cause interne, et en maladies de la peau provenant d'une cause externe. De même que la classification de Plenck est le point de départ des classifications basées sur les lésions anatomiques, de même Lorry doit être regardé comme le premier auteur des classifications basées sur la nature des maladies.

Quelques années plus tard, au commencement de ce siècle, Willan, médecin d'un dispensaire de Londres, appela de nouveau l'attention sur les maladies de la peau, décrivit avec soin les lésions initiales de ces affections, et proposa ensuite une classification méthodique qui, comme celle de Plenck, fut basée exclusivement sur ces lésions élémentaires. Cette classification comprenait les huit premières classes que nous avons énumérées, savoir : les macules, les exanthèmes, les vésicules, les bulles, etc. La doctrine de Willan fut développée et complétée par son disciple Bateman, et popularisée en France par Biett et par ses élèves MM. Cazenave, Schedel, Gibert, etc.

Cette classification anatomique de Willan eut incontestablement un grand avantage, ce fut d'apporter dans la dénomination de chaque espèce de maladie de peau une plus grande précision, et, en partant d'un point de départ bien déterminé, de donner au diagnostic un degré de perfection qu'il n'avait pas auparavant. Mais, à côté de ces avantages, elle présente des défauts irrécusables, qui sont devenus plus évidents, à mesure qu'on a fait plus de progrès dans l'étude de la dermatologie. D'abord on fait jouer à la lésion initiale un rôle trop exclusif et trop absolu, et l'on n'y tient pas assez compte de ses complications et de son développement ultérieur; or la lésion élémentaire est souvent de peu de durée, elle existe un jour, et le lendemain on ne peut plus la constater, soit qu'elle ait disparu, soit qu'elle se soit modifiée; quelquefois même elle n'existe pas. De plus, dans cette classification, des maladies tout à fait semblables par leur nature sont rangées dans des classes différentes et souvent éloignées, tandis que d'autres, au contraire, entièrement dis-

semblables, sont placées l'une à côté de l'autre dans le même groupe. Nous donnerons pour exemples la rougeole, la varicelle et la variole, maladies dont on ne peut contester la parenté, et qui figurent, la première dans l'ordre des exanthèmes, la seconde dans celui des vésicules, la troisième parmi les maladies pustuleuses; d'une autre part, nous voyons la variole, fièvre éruptive, placée dans l'ordre des pustules à côté de l'ecthyma et de l'impétigo, maladies bien différentes d'origine. Enfin le dernier reproche qu'on peut lui adresser, c'est l'impossibilité de tirer de cette classification aucune induction thérapeutique. Ces reproches sont tellement fondés, au point de vue pratique, que MM. Cazenave et Devergie, qui ont admis cette classification pendant longtemps et qui l'ont défendue chaleureusement, l'ont à peu près abandonnée aujourd'hui.

Cette classification de Willan et de Biett eut néanmoins un immense succès, mais elle ne fut pas admise sans contestations. Un ancien médecin en chef de l'hôpital Saint-Louis, Alibert, professeur éloquent et auteur ingénieux, se mit à la tête de l'opposition : s'appuyant sur le peu de durée des lésions élémentaires et sur leurs transformations souvent rapides, et comparant la classification anatomo-pathologique aux systèmes de classifications botaniques établis sur la considération d'un seul organe, il fit ressortir tous les inconvénients que nous venons de signaler et fit voir combien était vicieuse une classification fondée sur un seul caractère. Il en proposa donc une autre et chercha à faire pour les maladies de la peau ce que de Jussieu entreprit avec tant de succès pour la botanique, et il voulut édifier une méthode naturelle de clas-

sification dermatologique, basée sur l'ensemble des phénomènes généraux et sur les caractères communs des maladies, d'après les causes, les symptômes prédominants, la marche et les indications curatives. Cette manière de procéder lui permit de placer dans la même classe les affections présentant sous ces rapports une véritable ressemblance, et jusqu'alors séparées les unes des autres et considérées comme des maladies tout à fait différentes. Malheureusement Alibert eut le grand tort de présenter sa classification sous une forme bizarre, et de changer les noms adoptés par tout le monde pour leur en substituer d'autres nouveaux, peu harmonieux et difficiles à prononcer. Ainsi il représenta sa classification sous la forme d'un arbre, l'*arbre des dermatoses*, le tronc figurant la peau, les branches représentant les genres, les rameaux les espèces et les ramuscules les variétés.

Cette figure de l'arbre des dermatoses, ces dénominations barbares proposées par Alibert, prêtaient au ridicule et firent grand tort à la classification naturelle ; on l'oublia, et pendant plusieurs années dans les cours, dans les ouvrages classiques, la doctrine des lésions élémentaires, plus simple, plus facile en apparence, fut généralement adoptée ; mais à mesure qu'on avança dans l'étude approfondie des maladies de la peau, on ne tarda pas à sentir, sous le rapport pratique, l'insuffisance de la classification anglaise ; les élèves les plus dévoués de Biett déviérent peu à peu de la direction adoptée par leur maître, et se rapprochèrent, sans l'avouer et peut-être aussi sans s'en apercevoir, de la méthode naturelle proposée par Alibert. Cette méthode est, en effet, la plus philosophique : elle permet de ranger les maladies d'après leurs affinités et leurs dissem-

blances naturelles, c'est la seule manière véritablement pratique de considérer les maladies de la peau, c'est la seule qui soit féconde en résultats thérapeutiques. C'est vous dire que nous adoptons cette base de classification et que nous considérons les maladies de la peau d'après ce point de vue pratique, faisant bon marché des détails et des apparences anatomiques variables dans les mêmes affections, pour nous attacher aux causes, aux phénomènes principaux et aux indications thérapeutiques. Peu nous importe qu'une maladie cutanée se présente avec des vésicules ou des pustules ; l'essentiel, pour le vrai médecin qui veut connaître une maladie pour s'efforcer de la guérir, c'est de savoir si elle est accidentelle ou constitutionnelle, si elle doit disparaître spontanément, au bout d'un temps déterminé, ou si, au contraire, elle ne doit céder qu'à un traitement méthodique.

Envisageant les maladies cutanées dans leur ensemble, d'après cette manière de voir, nous croyons que la première chose à faire, en abordant leur étude, c'est de les classer, de reconnaître les affinités qui, au milieu du grand nombre de ces affections, permettent d'établir de l'ordre et de véritables points de repère. Nous proposerons donc une classification naturelle qui se rapproche en plusieurs points de celle d'Alibert, et nous rangerons ces maladies en dix classes.

1re CLASSE. *Macules, difformités.* — La première classe comprend un certain nombre de difformités de la peau qui sont souvent congénitales ou héréditaires, et qui ne s'élèvent qu'accidentellement au rang de maladies. Dans cette catégorie nous trouverons toutes les lésions de coloration, macules, taches de rousseur, éphélides, viti-

ligo, lentigo; certaines tumeurs, verrues, molluscum; on doit y ajouter encore l'ichthyose et la kéloïde. Ces lésions ne réclament généralement aucun traitement médical. Si on veut les guérir, lorsqu'elles sont locales, il faut chercher à les détruire par l'incision ou les caustiques.

2e CLASSE. *Inflammations locales.* — Ce sont, comme leur nom l'indique, de simples inflammations locales, sans aucune relation avec un état général quelconque. Il y a bien quelquefois au début un mouvement fébrile, mais peu intense, et le plus souvent éphémère. Dans ce groupe nous trouvons l'érythème, l'urticaire, l'herpès, l'ecthyma, le pemphigus, etc. La thérapeutique de ces affections est simple; des antiphlogistiques légers, locaux et généraux, suffisent le plus souvent.

3e CLASSE. *Maladies parasitaires.* — Dans la troisième classe, nous rencontrons des affections encore purement locales, mais dues à la présence d'un parasite, animal ou végétal (gale, sycosis, herpès circiné, favus). L'indication thérapeutique est précise, elle repose tout entière sur la destruction du parasite.

4e CLASSE. *Fièvres éruptives.* — Cette classe renferme des affections qui ne sont plus localisées comme les précédentes, mais qui se rattachent à une cause générale, c'est-à-dire à l'introduction dans l'économie d'un virus particulier à chaque maladie : telles sont la scarlatine, la rougeole, la variole, etc. L'éruption cutanée est précédée et s'accompagne de phénomènes généraux plus ou moins intenses. Pour le traitement, on doit respecter le travail organique qui constitue la maladie principale et combattre les complications.

5e CLASSE. *Éruptions symptomatiques.* — Ici l'éruption

n'est qu'accessoire et n'occupe qu'une place très secondaire dans l'histoire de la maladie; nous rangerons dans ce groupe l'herpès labialis, les taches rosées de la fièvre typhoïde, les sudamina, le purpura. Le traitement devra s'adresser à la maladie principale.

6e CLASSE. *Dartres.* — Les dartres qui constituent la sixième classe dépendent d'un état particulier, d'une disposition générale de l'économie, que l'on appelle diathèse dartreuse. Les maladies dartreuses sont : l'eczéma, le psoriasis, le lichen, le pityriasis; dans ces maladies constitutionnelles la nécessité d'un traitement général et spécial ressort d'une manière évidente.

7e CLASSE. *Scrofulides.* — Immédiatement après les dartres nous devons placer une classe de maladies bien importantes, et qui est également due à une diathèse particulière, à la diathèse scrofuleuse; et nous avons proposé d'appeler scrofulides ces manifestations cutanées. Aux modificateurs locaux s'ajoute nécessairement le traitement général de la diathèse.

8e CLASSE. *Syphilides.* — La huitième classe est formée par les syphilides qui sont aussi dues à une diathèse, non plus nécessairement innée et héréditaire, mais ordinairement acquise, à la diathèse syphilitique. C'est à Biett que nous devons nos premières notions sur ces maladies; le traitement est celui de la syphilis.

9e CLASSE. *Cancers.* — Dans le dixième groupe nous placerons le cancer de la peau; outre les différentes formes de cancer dont la peau peut être affectée, la plus commune est celle qui est désignée sous le nom de *cancroïde*. L'indication thérapeutique est également précise : la partie de la peau affectée de cancer doit être enlevée

par l'instrument tranchant ou le caustique, et d'après une expérience ancienne, nous avouons, dans ce cas, notre prédilection pour le dernier moyen.

10ᵉ CLASSE. *Maladies exotiques.* — Dans la dixième classe, nous rangerons les affections qui ne s'observent pas dans nos climats et que l'on ne rencontre que dans d'autres contrées présentant des conditions climatériques tout à fait différentes des nôtres (lèpre tuberculeuse, pyan, etc.).

Telle est la classification que nous proposons et à l'aide de laquelle nous comptons étudier avec vous les maladies de la peau. En l'entendant exposer on peut déjà saisir ses avantages pratiques; d'après cette méthode, en effet, une maladie cutanée étant donnée, en la classant dans un des groupes que nous avons admis, on a immédiatement une idée nette sur sa nature, sur son pronostic et son traitement. Ainsi avons-nous affaire à un érythème ou à un ecthyma, maladie rangée dans les inflammations locales, il ne faut pas tourmenter le malade, par des médications perturbatrices intempestives qui pourraient avoir une mauvaise influence sur la santé générale : quelques antiphlogistiques locaux ou généraux suffiront le plus souvent pour aider à la disparition de la maladie. L'affection appartient-elle à la classe des maladies parasitaires, l'essentiel est de détruire le parasite. L'éruption, au contraire, est-elle une syphilide ou une scrofulide, les moyens locaux sont accessoires, le traitement général dirigé contre la diathèse occupe le premier plan. Ces exemples suffisent évidemment pour faire ressortir l'importance pratique des divisions que nous avons proposées et le côté véritablement médical de notre classification : à l'aide de

la doctrine anatomo-pathologique dite des lésions élémentaires, on arriverait au diagnostic des maladies de la peau ; en envisageant ces affections ainsi que nous le proposons, on arrive à les connaître et à savoir de suite à l'aide de quel ordre de moyens on pourra parvenir à les traiter avec succès.

II

DARTRES.

DES AFFECTIONS DARTREUSES EN GÉNÉRAL.

Sous le nom de *dartres*, nous allons parler d'affections qui se manifestent habituellement sur la peau, et qui prennent leur origine dans un vice particulier de l'économie qu'on peut appeler *diathèse dartreuse*.

Le mot *dartre* est un vieux mot français qui a remplacé les mots grec et latin *herpès*. Par ces mots qui n'avaient aucune signification rigoureuse, les anciens désignaient des maladies de la peau chroniques et ayant de la tendance à se généraliser. C'est pourquoi le mot dartre manqua d'abord de précision et ne présenta guère d'autre idée que celle de chronicité. Aussi, lorsque Willan et Bateman voulurent débrouiller le chaos de la pathologie cutanée, et apporter plus de netteté et d'exactitude dans la définition des termes sous lesquels étaient connues ces maladies, ils montrèrent sans peine tout ce que le mot *dartre* avait de vague et d'équivoque ; mais, au lieu de chercher à lui donner un sens plus restreint et une signification plus précise, ils le jugèrent inutile et le supprimèrent du vocabulaire nosologique. Cependant, malgré

les efforts de l'école anglaise et de ses représentants en France, Biett, MM. Gibert, Cazenave et Devergie, cette proscription ne put être définitive ; d'abord Alibert tenta, sans beaucoup de succès, il est vrai, de le réhabiliter dans le langage scientifique, d'un autre côté, ce mot *dartre* est toujours resté dans le public avec sa signification de maladies invétérées et constitutionnelles de la peau. C'est là qu'il nous a fallu le reprendre, pour lui restituer son rang et sa place dans la nosologie cutanée. Mais la réhabilitation de cette expression ne peut être légitime qu'à la condition de lui donner un sens nettement déterminé.

Comprenant cette nécessité, nous appellerons *dartres* des affections de la peau à lésions élémentaires différentes, non contagieuses, se transmettant souvent par voie d'hérédité, se reproduisant d'une manière presque constante, présentant pour symptôme principal des démangeaisons toujours disposées à envahir de nouvelles régions, à marche habituellement chronique, et dont la guérison a lieu sans cicatrices, bien qu'elles s'accompagnent souvent d'ulcérations.

D'après l'ensemble de ces caractères : hérédité, récidive, tendance facile à s'étendre à la surface du corps, etc., on arrive logiquement à penser que les dartres ne sont point dues seulement à un état local, mais bien à une disposition générale de l'économie que les anciens appelaient *vice dartreux*, quelquefois même *virus dartreux*. Cette dernière dénomination était assurément impropre, puisque les produits de la manifestation dartreuse n'ont pas le caractère essentiel des virus, savoir : la transmissibilité par l'inoculation. Aussi l'expression *virus dartreux* servit-elle longtemps de base aux attaques contre la classification

d'Alibert. Pour nous, rejetant le mot virus, nous croyons devoir adopter l'existence de la diathèse dartreuse, dont personne aujourd'hui ne saurait nous contester la réalité, et nous croyons que le mot *dartres* s'applique à une famille très naturelle d'affections cutanées.

Souvent la diathèse dartreuse est complétement latente ; mais dans un grand nombre de cas, pour un observateur attentif, même en dehors des moments d'éruption, elle se produit par des caractères particuliers, par des accidents spéciaux qui n'ont pas encore suffisamment attiré l'attention, et que je vais chercher à faire connaître.

Symptômes.— Les personnes *dartreuses*, bien qu'ayant en apparence tous les attributs de la bonne santé, sont cependant dans un état particulier qui n'est pas la santé parfaite. Leur enveloppe cutanée est habituellement sèche, et la transpiration ne s'y produit que difficilement et d'une manière passagère. Souvent aussi la peau est le siége de démangeaisons vives, même en l'absence d'éruption. Ces démangeaisons se montrent plus particulièrement à l'anus où elles peuvent acquérir une grande intensité. L'appétit est généralement très développé, et c'est un fait parfaitement connu que les dartreux consomment une quantité d'aliments bien plus considérable que d'autres malades placés dans des conditions analogues, c'est-à-dire exempts de fièvre. Une autre particularité importante, c'est la susceptibilité extrême de la peau, et la facilité avec laquelle elle éprouve l'influence des causes les plus légères et les plus fugaces. Tantôt c'est une excitation générale : excès alcooliques, veille, usage du café, de certains aliments (charcuterie, homard, écrevisses, mou-

les, etc.); tantôt c'est une excitant local : frictions irritantes, application d'un emplâtre, etc., qui donnent lieu à une éruption souvent éphémère, et non de nature dartreuse, mais qui révèle une prédisposition particulière de l'économie et l'existence d'un vice latent qui n'a besoin que d'une occasion favorable pour se manifester. Cette susceptibilité excessive de la peau doit rendre les malades circonspects dans le choix et l'usage de leurs aliments, et le médecin prudent et réservé dans l'emploi de certains moyens locaux dans les cas de maladie.

L'apparition de ces différents phénomènes est presque toujours l'indice d'une manifestation plus ou moins prochaine de la diathèse dartreuse. Enfin celle-ci éclate. Elle est alors caractérisée par diverses sortes d'éruptions cutanées : vésicules, papules, squames; mais ces lésions élémentaires ne sont presque jamais isolées, de manière à former des éruptions à caractères anatomiques constants; le plus souvent elles sont associées et unies, soit momentanément, soit pendant tout le temps de la maladie. C'est pourquoi nous n'attribuons point à ces manifestations primitives toute l'importance que leur accordaient Willan, Bateman, Biet et ses élèves.

Une fois développées, les dartres restent rarement circonscrites à un seul point du corps; elles ont une grande tendance à se montrer sur plusieurs régions à la fois ou à envahir une grande partie de l'enveloppe cutanée, soit que la maladie gagne de proche en proche, soit qu'elle apparaisse simultanément ou successivement sur des points plus ou moins éloignés les uns des autres.

Un autre caractère plus important de ces maladies, c'est la symétrie avec laquelle elles se développent fré-

quemment, c'est-à-dire que souvent elles affectent deux parties correspondantes de chaque côté du tronc ou des membres.

Le troisième caractère est l'existence de démangeaisons; celles-ci acquièrent parfois une intensité qui les rend atroces et insupportables, et en fait un véritable supplice pour les malheureux malades, surtout la nuit où elles occasionnent des insomnies cruelles et énervantes. Ordinairement elles diminuent le matin, mais elles s'exaspèrent le soir; d'autres fois ce sont des cuissons fort douloureuses, même des élancements.

Ces différentes sortes d'éruptions sont généralement accompagnées d'ulcérations, quelquefois assez étendues en surface, mais peu profondes, et qui se guérissent toujours sans cicatrices. Dans certains cas, ces ulcérations laissent après elles des taches rougeâtres ou violacées qui ne sont du reste qu'une altération passagère : elles persistent quelque temps, puis bientôt elles s'effacent complétement, et la peau reparaît aussi saine qu'auparavant. C'est ce qu'on observe souvent au visage des jeunes enfants, dans ces cas d'impétigo qui forment un masque de croûtes épaisses dont les parents s'effrayent comme devant amener des cicatrices difformes, et qui pourtant guérissent sans laisser aucune trace. Ajoutons cependant que dans quelques cas, principalement aux extrémités inférieures, les maladies dartreuses peuvent, en disparaissant, laisser des taches bleuâtres ou noires qni persistent indéfiniment.

Ce n'est pas d'ailleurs seulement à la surface de la peau que les affections dartreuses se montrent et s'étendent; on les voit encore gagner les membranes muqueuses qui

se continuent directement avec le tégument externe, et qui tapissent les cavités ouvertes à l'extérieur. Ainsi, les dartres du visage gagnent tantôt la muqueuse oculaire où elles déterminent une inflammation spéciale, tantôt la muqueuse buccale où elles produisent une espèce de stomatite dartreuse, tantôt encore le conduit auditif externe qui se sèche, s'indure, et de là un léger degré de surdité.

Les dartres des parties inférieures du corps envahissent souvent l'anus, dans les deux sexes, la vessie et le vagin chez la femme; il en résulte des leucorrhées très intenses, très rebelles, qui doivent être également regardées comme de nature dartreuse. Enfin on a encore vu associées aux dartres quelques autres affections internes : des phénomènes de toux, une laryngite et une pharyngite granuleuse, observées par plusieurs médecins parmi lesquels je placerai MM. Boulan, Fontan et Gueneau de Mussy: une bronchite chronique avec sécrétion abondante de la muqueuse bronchique; on a même quelquefois observé une espèce d'alternative entre la bronchite et les dartres, entre la gastralgie ou la gastro-entérite et les mêmes affections.

Chez quelques malades on n'a pu triompher de certains phénomènes graves, tels qu'une toux opiniâtre, qu'en rappelant l'éruption cutanée, à l'aide de bains sulfureux. Maintenant ces bronchites, ces gastrites et ces entérites dartreuses sont-elles aussi fréquentes que le pensaient autrefois certains auteurs qui, dans la crainte de maladies internes, avaient érigé en principe qu'on ne devait pas tenter la guérison des dartres? Nous ne le croyons pas; l'opinion que nous venons de citer est l'exagération d'un fait vrai, qu'il ne faut accepter que

dans les limites exceptionnelles où nous l'avons circonscrit.

Il est rare que les dartres s'accompagnent de phénomènes généraux; il faut en excepter cependant le moment du début, dans le cas où elles revêtent momentanément la forme aiguë, elles se montrent alors avec un peu de malaise général, de la courbature et de la fièvre : cela ne s'observe guère que dans l'eczéma et plus particulièrement dans l'*eczema rubrum*.

Marche. — La marche des affections dartreuses est essentiellement chronique. Cependant ce n'est pas à dire que, dans certains cas exceptionnels, elles ne puissent prendre une forme aiguë. Cet état aigu s'observe particulièrement dans quelques variétés d'eczéma et d'impétigo qui ne durent que six semaines ou deux mois, limites extrêmes assignées aux maladies aiguës. Mais, nous le répétons, dans la majorité des cas, la maladie se prolonge avec une intensité variable, pendant des mois et des années. Rien de plus commun que de voir des malades tourmentés pendant toute leur vie avec quelques intervalles plus ou moins longs de rémission.

Nous sommes naturellement amené à parler des récidives qui sont un des caractères fondamentaux du groupe d'affections dont nous nous occupons. La récidive est en quelque sorte une circonstance fatale de la *diathèse dartreuse*, et l'on peut affirmer, sans crainte d'être démenti par les faits, que la guérison d'une éruption dartreuse, après une seule attaque, est une très rare exception. Aussi, lorsque vous observerez la maladie chez une personne d'un certain âge, vous pouvez avancer d'une manière à peu près certaine que l'éruption actuelle a déjà été pré-

cédée d'une ou de plusieurs autres semblables. Du reste, de toutes les manifestations dartreuses, la plus tenace, celle qui se reproduit avec le plus d'opiniâtreté, c'est assurément le psoriasis. Chaque fois donc que vous aurez fait disparaître une éruption dartreuse, soyez bien persuadés que vous n'aurez triomphé que de la manifestation locale, mais nullement de la diathèse.

L'époque et le mode de succession des récidives sont extrêmement différents, ils sont subordonnés à des conditions de tempérament, d'âge, de régime, de genre de vie et d'habitude qui varient avec les individus; quelquefois les récidives se montrent au bout de quelques semaines ou de quelques mois, d'autres fois au bout de plusieurs années, dans certains cas après quinze ou vingt ans.

Terminaisons. — Après les détails dans lesquels nous venons d'entrer, il nous reste peu de choses à dire sur les terminaisons. La guérison est très rare, avons-nous dit, cependant il en existe des exemples, soit que la maladie ait cédé à un traitement convenable et longtemps prolongé, soit qu'elle ait disparu spontanément, par suite d'une modification profonde de l'économie survenue sous l'influence de conditions hygiéniques favorables, qui ont, pour ainsi dire, usé la *diathèse dartreuse.* — Mais, même dans ces cas exceptionnels, il faut être très circonspect et très réservé, si l'on veut éviter une illusion fâcheuse, car le plus souvent la diathèse est latente, elle sommeille et il suffit d'une cause accidentelle d'une certaine énergie pour la faire paraître à l'extérieur.

Diagnostic. — Dans le diagnostic des affections dartreuses, il ne faut pas se borner à l'examen des caractères extérieurs que l'on appelle lésions élémentaires, il faut

d'abord considérer l'ensemble extérieur de la maladie, son étendue, son mode de développement et l'existence de démangeaisons, mais il faut surtout interroger l'état général du malade et remonter aux antécédents du côté des ascendants et même des descendants, afin de constater l'existence de la diathèse. Celle-ci une fois reconnue, on détermine les différentes formes de la manifestation, et c'est alors que les lésions locales prennent leur importance réelle et que l'on apprécie, à leur juste valeur, la sécrétion séreuse de l'eczéma, la rudesse spéciale du lichen, les squames larges et épaisses du psoriasis, les squames fines et furfuracées du pityriasis. Quant au diagnostic précis des variétés, il est souvent fort difficile, comme nous le dirons plus tard, et du reste de fort peu d'importance pour le traitement. Répétons-le, au point de vue pratique, l'essentiel est de reconnaître le nom de famille des maladies cutanées.

Pronostic. — Les dartres par elles-mêmes ne sont pas graves, en ce sens qu'elles ne compromettent pas sérieusement la vie, du moins dans l'immense majorité des cas. Ce sont plutôt des maladies gênantes que dangereuses. Cependant chez les vieillards elles ont une certaine gravité, à cause de la faiblesse qu'elles occasionnent, soit par les insomnies, soit par l'abondance des sécrétions, comme il arrive dans l'eczéma; cette débilité chez ces malades a d'autant plus d'inconvénient qu'elle s'ajoute à celle de l'âge, et vient encore diminuer leur force de résistance aux influences morbides.

Ici se présente une question longtemps débattue et diversement résolue par les auteurs. Est-il dangereux de guérir les dartres? La réponse à cette question suppose préala-

blement résolue cette autre : Peut-il y avoir répercussion des dartres, c'est-à-dire une affection interne peut-elle se développer par le seul fait de la disparition d'une éruption dartreuse? On a beaucoup parlé autrefois de la répercussion des dartres. Consultez l'étiologie de chaque maladie en particulier, dans un ouvrage de date un peu ancienne, et vous y verrez à peu près invariablement y figurer cette répercussion d'une manière banale. Mais nous, nous croyons que dans l'appréciation de ces prétendues métastases, l'imagination et le besoin de théorie ont eu plus de part que l'observation des faits. En effet, que dans le cours d'une affection dartreuse une maladie viscérale un peu grave se développe, la manifestation cutanée cède la place à l'affection interne et disparaît, et puis, quand celle-ci est guérie, la dartre reparaît à son tour. On a pris tout simplement l'effet pour la cause. Maintenant nous répondrons donc à la première question en disant que, d'une manière générale, il n'est pas dangereux de guérir les dartres. Nous ferons seulement, en faveur de quelques cas exceptionnels, une réserve qui a une grande importance pratique.

Chez certains dartreux atteints d'asthme et de catarrhe pulmonaire, on remarque que les accès de suffocation sont plus rares et plus légers tant que l'éruption est en pleine efflorescence, et que les étouffements reviennent au contraire plus fréquents et plus graves, quand l'affection extérieure est guérie ou seulement diminuée d'une manière notable ; dans ces circonstances le médecin devra toujours respecter l'affection cutanée, au moins dans certaines limites. Il en est de même de quelques gastralgies, ainsi que nous l'avons déjà dit. A part ces

cas de complications, nous croyons qu'on peut entreprendre le plus souvent sans danger la cure des affections dartreuses.

Étiologie. — Les dartres sont de tous les âges, on les observe chez les enfants comme chez les vieillards; seulement chez ces derniers, la maladie actuelle a presque toujours été précédée d'attaques antérieures, et remonte le plus souvent à un certain nombre d'années. Il est très rare, en effet, ainsi que nous l'avons déjà dit, de voir un eczéma chez un vieillard qui n'ait eu déjà plusieurs éruptions, et chez lequel la première apparition de la maladie ne remonte à l'adolescence ou à l'enfance. Relativement au sexe, les deux sexes y sont à peu près également prédisposés.

Tous les tempéraments peuvent offrir la diathèse dartreuse, mais les différentes formes de la maladie semblent affecter certains tempéraments spéciaux. Ainsi l'eczéma se montre de préférence chez les sujets lymphatiques, le lichen chez les sujets nerveux, le pityriasis se rencontre plus souvent chez les personnes bilieuses, tandis que le psoriasis semble avoir une prédilection pour le tempérament sanguin.

Les saisons ne jouent pas un rôle aussi important que celui que certaines personnes ont voulu leur faire jouer. Cependant on peut constater que les éruptions ont lieu le plus souvent aux deux grands changements de saison, au printemps et au commencement de l'hiver.

Les causes occasionnelles seules ne suffisent pas pour produire la maladie, mais elles en hâtent l'explosion quand la diathèse existe. Au premier rang de ces causes occasionnelles, nous placerons les excès de table, l'abus des

alcooliques, un travail forcé, les veilles prolongées, les insomnies, les émotions morales vives, les chagrins ; certaines applications locales (pommades irritantes, frictions, etc.); certaines maladies de la peau accidentelles, la gale par exemple, peuvent réveiller la diathèse. Parmi les causes occasionnelles nous devons encore ranger quelques professions : celles de distillateur, de graveur sur acier, de boulanger, de forgeron, d'épicier, de fabricant de produits chimiques, de cuisinier, etc.

Traitement. — Nous n'avons pas ici à entrer dans les détails d'une thérapeutique qui trouvera naturellement sa place à propos de chaque espèce de maladies dartreuses considérées en particulier, nous devons nous borner à quelques aperçus généraux pour compléter l'histoire générale de la famille des dartres.

Disons d'abord que, dans le début de la maladie, alors que dominent les phénomènes inflammatoires locaux, quelle que soit la forme de l'éruption, c'est aux moyens antiphlogistiques locaux et généraux qu'on doit s'adresser ; c'est là un traitement préparatoire dont l'énergie et la durée doivent être proportionnées à l'intensité des symptômes phlegmasiques proprement dits, et qui assurent le succès de la thérapeutique spéciale qu'il faut aborder, lorsque le traitement antiphlogistique seul, composé de tisanes rafraîchissantes, de bains émollients, de la même nature, n'a pas suffi à faire disparaître toute trace d'éruption.

Quant au traitement spécial, il comprend deux ordres de moyens thérapeutiques : des remèdes locaux, pommades ou lotions, médicaments qui agissent ordinairement comme des substitutifs, dont le rôle est secondaire

et dont l'indication précise est souvent difficile à saisir, et des moyens généraux, moyens beaucoup plus importants et qui constituent la véritable thérapeutique des affections dartreuses. Nous trouvons alors les purgatifs, le soufre, l'arsenic, la teinture de cantharides, l'iode, etc.

Au premier abord, plusieurs médicaments employés habituellement avec succès, semblent assez différents les uns des autres, et cependant ils peuvent être considérés, relativement à leur effet thérapeutique, comme appartenant à des médications peu nombreuses : si nous voulons nous rendre compte du mode d'action de ces médicaments, nous trouvons en effet qu'ils appartiennent, soit à la médication dérivative, soit à la médication substitutive, soit à la médication reconstituante.

Au premier rang des médicaments dérivatifs, nous rencontrons les purgatifs dont l'usage est si commun et si utile dans le traitement des maladies dartreuses, surtout de celles qui s'accompagnent d'une sécrétion séro-plastique ou séro-purulente. Mais ils sont loin d'offrir la même efficacité lorsqu'il s'agit des maladies à forme sèche. Nous placerons encore dans la même catégorie les diurétiques, peu employés, mais dont j'ai cependant obtenu de bons résultats, dans quelques maladies sécrétantes, présentant encore des phénomènes inflammatoires assez prononcés.

Les sudorifiques de toute sorte, le soufre, les préparations arsenicales, la teinture de cantharides, sont d'un usage habituel dans le traitement des maladies dartreuses ; nous y joindrons le baume de copahu, que j'ai employé également avec succès dans quelques cas rebelles.

Sans entrer dans les détails de l'application de ces

différents médicaments, ce que nous ferons plus tard, ainsi que nous l'avons déjà dit, nous voulons seulement ici faire remarquer que nous pouvons attribuer les heureux effets de ces remèdes à leur action particulière et en quelque sorte élective sur la peau ; je n'ai pas besoin de démontrer cette action pour les sudorifiques, ni pour le soufre, ni pour le copahu qui se trouve désigné naturellement au traitement des affections cutanées chroniques, à cause de l'érythème que détermine souvent son administration. Quant à la teinture de cantharides, son action topique sur la peau peut facilement faire admettre qu'elle s'adresse au même organe, quand elle est administrée à l'intérieur, ainsi que le prouvent d'ailleurs la rougeur et l'animation qui s'emparent des parties cutanées affectées, chez les malades qui prennent des cantharides.

L'action directe de l'arsenic sur la peau me paraît également évidente, non-seulement par les effets thérapeutiques, mais encore par les taches grises qu'il n'est pas rare de rencontrer chez les malades qui ont pris pendant un temps assez long des préparations arsenicales, et qu'on serait tenté d'attribuer au dépôt et à la présence réelle de l'arsenic dans le tissu même de la peau. Nous considérons donc ces médicaments comme des modificateurs de cette membrane, et nous expliquons leurs effets par une action substitutive qui, amenant dans le tissu cutané une modalité nouvelle, fait disparaître l'altération intérieure.

D'autres médicaments, les amers, l'huile de foie de morue, le fer, quelques préparations iodurées, sont encore employés et ont réussi chez plusieurs malades atteints d'affections dartreuses ; nous pouvons expliquer leur uti-

lité par l'effet qu'ils produisent sur la constitution et sur l'ensemble de l'économie : ils sont principalement indiqués dans les cas où les dartres sont entées sur un tempérament lymphatique et une constitution détériorée; ils agissent évidemment par leur action reconstituante.

Mais en parlant des modificateurs de la constitution, n'omettons pas ici d'insister sur l'importance de l'hygiène et de la diététique : les malades devront éviter toute fatigue, tout excès, ils devront surtout se soumettre à un régime alimentaire sévère, en s'abstenant des assaisonnements, des ragoûts épicés, des aliments fortement azotés, et en particulier de gibier et de porc, des poissons de mer et principalement des coquillages; le café, le vin pur, les liqueurs alcooliques, le thé lui-même, seront également proscrits.

Cette hygiène spéciale joue un rôle très important dans la thérapeutique des affections dartreuses, aussi bien pour amener la guérison que pour prévenir les récidives ; elle aide l'action des médicaments ; souvent, à elle seule, elle peut amener la guérison d'affections anciennes et rebelles ; et on ne doit pas s'en étonner si l'on réfléchit qu'un régime sévère et suffisamment prolongé, duquel on enlève tout excitant, amène nécessairement à la longue dans les solides et dans les liquides de l'économie une modification aussi profonde que l'usage des médicaments dits altérants. C'est à cette puissance de l'hygiène qu'il faut attribuer le succès de plusieurs méthodes thérapeutiques, vicieuses en apparence, et entre autres, de celle dans laquelle les médicaments sont donnés à des doses impossibles.

Dans le traitement général des maladies dartreuses, nous

devons encore mentionner les eaux minérales, et en particulier les eaux sulfureuses, salines ou alcalines, dont l'action rentre dans les catégories thérapeutiques que nous avons établies. Tantôt, en effet, elles guérissent en modifiant la constitution, d'autres fois en ramenant la maladie chronique à l'état aigu et en jouant le rôle d'agents substitutifs; d'autres encore sont dérivatives, en irritant les sécrétions intestinales, urinaires ou cutanées. Mais, sans entrer davantage dans la théorie, sachons que les eaux minérales bien appliquées constituent une ressource thérapeutique précieuse, et qui vient souvent guérir des affections rebelles jusqu'alors aux autres médications.

Après avoir examiné les différents moyens que nous avons à notre disposition pour combattre les dartres, nous devons, en terminant ce chapitre de généralisation, nous poser cette question : La thérapeutique que nous venons d'indiquer s'adresse-t-elle à la diathèse dartreuse, ou a-t-elle seulement pour effet de combattre la manifestation localisée sur la peau ? La réponse est difficile à faire, puisque le plus ordinairement la diathèse ne manifeste son existence que par des éruptions. Si celles-ci disparaissent, on doit être bien tenté d'admettre que cela tient à la neutralisation de la diathèse. Toutefois, nous serions plus porté à croire que les effets extérieurs seuls de la maladie générale sont attaqués par les moyens thérapeutiques employés, et que la diathèse persiste. Nous appuyons notre manière de voir sur la persistance avec laquelle reparaissent certaines éruptions dartreuses, qu'on ne réussit à faire disparaître momentanément que

pour les voir se montrer de nouveau, quelques mois ou quelques années plus tard.

En face de ces récidives rebelles, presque fatales, nous avons une grande tendance à rapprocher la diathèse dartreuse de la diathèse syphilitique. Dans cette dernière maladie, les accidents locaux sont combattus avec succès par un traitement rationnel; mais, une fois introduite dans l'économie, la diathèse y prend droit de domicile et peut manifester sa présence par des affections variables qui surviennent de temps en temps; il en est de même de la diathèse dartreuse qui paraît persister indéfiniment.

III

DE L'ECZÉMA

Nous avons montré que les différentes maladies groupées sous le titre commun de dartres sont rapprochées par des affinités naturelles, par des liens de parenté véritable et non par l'arbitraire. Nous allons maintenant faire l'histoire de chacune de ces affections.

L'eczéma, dont nous allons nous occuper en premier lieu, est la maladie la plus commune parmi les affections cutanées. Le mot *eczema* vient du mot grec ἐκζέω, *je brûle*, et porte par conséquent avec lui l'idée de feu et de chaleur. Alibert, qui aimait les mots étranges et pittoresques, désignait l'eczéma sous le nom de dartre squameuse humide (*herpes squamosus madidans*), expression qui avait l'avantage de donner une juste idée de l'aspect écailleux de la partie malade et de la sécrétion humide qui baigne ordinairement sa surface. Dans le public, cette maladie est connue sous le nom de *dartre vive*. Le mot eczéma est maintenant généralement adopté parmi les médecins : Willan, Bateman et Biett rangèrent cette éruption parmi les affections vésiculeuses, et Alibert dans la classe des dermatoses dartreuses.

Il est difficile de donner une définition précise et rigoureuse de l'eczéma, d'abord à cause de l'impossibilité

actuelle de fixer son siége anatomique, et ensuite à cause des variétés infinies d'aspect qu'il peut offrir non-seulement chez les divers individus, mais encore dans les différentes phases de son évolution chez le même sujet. — Cependant nous le définirons : une affection caractérisée au début par le développement de vésicules et vésico-pustules petites et agminées, ou par des éraillures épidermiques donnant lieu à une sécrétion séreuse ou séro-purulente plus ou moins abondante, susceptible de se concréter en croûtes et se terminant enfin par une desquamation écailleuse de l'épiderme. Cette définition est longue sans doute, mais elle a au moins le mérite de donner une idée assez juste et assez complète des différents phénomènes qui caractérisent l'affection.

Après cette définition, nous allons entrer dans la description générale de la maladie, puis nous traiterons de ses principales variétés.

Pour mettre plus d'ordre et de clarté dans cette étude, nous admettrons trois degrés dans le développement de l'eczéma.

Premier degré. — Le premier phénomène que l'on observe est une rougeur plus ou moins étendue, sur laquelle ne tardent pas à se montrer, tantôt des vésicules, tantôt des vésico-pustules, d'autres fois de simples fentes de l'épiderme.

Les vésicules apparaissent sous la forme de très petites saillies acuminées, faisant un très léger relief au-dessus de la peau, agglomérées en groupes très serrés, et transparentes, comme si elles renfermaient de l'eau. Ces vésicules ont ordinairement une durée très courte, souvent éphémère ; il est rare que leur existence dépasse trente-six ou

quarante-huit heures, et l'on n'a pas toujours la bonne fortune de pouvoir la constater. Quelquefois ces vésicules sont tellement rapprochées qu'elles se confondent ensemble et que, par la réunion de plusieurs vésicules entre elles, elles forment de larges bulles qui simulent celles du pemphigus; dans quelques cas rares d'eczéma aigu et surtout lorsque la maladie siége dans les parties où l'épiderme a une grande résistance, comme aux pieds et aux mains, la vésicule peut disparaître, s'affaisser sans se rompre, la sérosité qu'elle contenait étant résorbée; mais dans la grande majorité des cas, les vésicules se rompent, soit par le contact des ongles, soit spontanément. Elles sont remplacées par de petites ulcérations, ordinairement superficielles, et laissent écouler un liquide séreux, transparent, mais plastique et gluant, qui tache et empèse le linge. En vertu même de cette propriété plastique, cette sécrétion se dessèche sur la surface où elle a pris naissance, et se concrète sous forme de croûtes jaunâtres ou grisâtres, croûtes ordinairement assez minces et assez molles.

Quelquefois, au lieu de vésicules, vous trouvez sur la surface rouge des pustules ou des vésico-pustules qui ne sont autre chose que des vésicules dans lesquelles, par suite d'une intensité plus grande de l'inflammation, le pus a pris la place de la sérosité. On a donné à cette forme le nom spécial d'*impetigo*, et l'on en a fait à tort, suivant nous, comme nous chercherons à le démontrer plus tard, un genre à part. Les pustules sont alors *psydraciées*, c'est-à-dire agminées; elles se rompent au bout de trente-six à quarante-huit heures; elles sont donc, comme les vésicules, un phénomène de courte durée et difficile à consta-

ter. Le liquide purulent ou séro-purulent qui s'en écoule forme aussi des croûtes, mais plus épaisses, inégales, rocheuses et d'une coloration jaune ou verdâtre plus foncée.

Dans quelques cas rares, enfin, vous n'avez sur la surface rouge, ni vésicules, ni pustules, mais des éraillures, des fentes de l'épiderme qui forment des lignes sinueuses, se croisant dans tous les sens. Ces fentes donnent issue à de la sérosité plastique qui présente les mêmes caractères que celle des vésicules, et qui peut se concréter en croûtes. Les vésicules et les pustules ne peuvent donc pas être regardées comme formant toujours le caractère essentiel de l'eczéma.

Deuxième degré. — Dans ce second degré plus de vésicules ni de pustules : elles sont remplacées par des ulcérations et des croûtes. Les ulcérations sont toujours superficielles et tantôt isolées et arrondies, tantôt réunies et confondues par leurs bords, de manière à présenter une large surface ulcérée ; elles donnent lieu à la sécrétion d'un liquide gluant, plastique, qui tache et empèse les linges et les rend roides. Cette sécrétion morbide est transparente et séreuse ou bien opaque et purulente, suivant que la maladie a commencé par des vésicules ou des pustules et se concrète presque immédiatement en croûtes grises, jaunes, verdâtres. Celles-ci sont quelquefois minces, aplaties et tout à fait semblables à des squames, c'est lorsqu'elles résultent d'un mélange d'épiderme et de sérosité concrétée ; d'autres fois elles sont épaisses, inégales et rocheuses ; cette disposition est d'autant plus prononcée que la sécrétion se rapproche davantage de l'état purulent.

Les croûtes constituent donc le caractère essentiel de l'eczéma au second degré. Au bout d'un certain temps, elles tombent, soit spontanément, soit par effet des cataplasmes et des bains, et alors on trouve à leur place, une surface d'un rouge nuancé et pointillé, et couverte encore de petites ulcérations arrondies. De ces petits points et de ces ulcérations on voit manifestement sourdre, comme des gouttes de sueur, un nouveau liquide transparent et plastique qui, comme le précédent, ne tarde pas à se transformer en nouvelles croûtes dont le volume augmente par l'addition incessante de la sécrétion, et qui suivent la même évolution et les mêmes phases que les premières.

TROISIÈME DEGRÉ (*état squameux*). — Dans le troisième degré, toutes les croûtes ont disparu, et la surface qu'elles recouvraient a pris une teinte, tantôt d'un rouge assez vif, tantôt d'un brun foncé. Sur ces points il existe une desquamation épidermique très fine et furfuracée, qui fait ressembler l'eczéma à un pityriasis, tellement que le diagnostic est impossible à la simple inspection. D'autres fois, les squames sont plus épaisses et sont imbriquées les unes sur les autres; la peau est très sèche, et l'eczéma prend l'aspect du psoriasis.

Dans ce degré, caractérisé par l'état squameux de l'épiderme, lorsque les squames ont été enlevées par des bains ou des cataplasmes, la peau malade présente souvent un aspect singulier : elle est sèche, polie, luisante comme si elle avait été recouverte d'un vernis, et souvent aussi elle présente des plis longitudinaux très superficiels. Cet état annonce que l'épiderme est encore profondément altéré, et, en effet, il ne tarde pas à se détacher

sous forme de lamelles furfuracées, et la guérison ne peut être annoncée que lorsque cette teinte luisante et cet aspect vernissé ont complétement disparu.

Nous venons d'exposer les trois degrés de l'eczéma, mais nous devons ajouter que ces trois états ne sont pas exclusifs les uns des autres, et que très souvent on trouve en même temps chez le même malade, les trois degrés distribués sur différentes parties du corps : quelquefois même ils sont mélangés dans les mêmes points.

A côté de ces phénomènes apparents de l'eczéma, on observe encore d'autres symptômes, appréciables surtout pour le malade et non moins constants que les premiers. Ces phénomènes sont : 1° une chaleur plus ou moins vive dans les parties malades, que le médecin lui-même peut quelquefois percevoir par le toucher. Cette chaleur persiste ordinairement pendant toute la durée de la maladie, mais à des degrés d'intensité variables. Souvent au troisième degré de l'éruption elle est presque nulle; quelquefois, au contraire, elle est le dernier phénomène à disparaître.

2° Les démangeaisons constituent un autre phénomène aussi constant et peut-être plus tenace que le précédent. Elles sont vives et parfois intolérables: elles s'exaspèrent habituellement le soir et la nuit, et déterminent souvent des insomnies pénibles qui débilitent singulièrement les malades. Dans quelques cas rares, la disparition des démangeaisons a lieu avant les autres phénomènes locaux ; c'est une circonstance d'un favorable augure qui peut faire espérer au malade d'être à l'abri d'une prochaine récidive.

3° Pour en finir avec les phénomènes locaux, nous de-

vons mentionner encore le gonflement qui se rencontre particulièrement à la face, aux paupières et dans tous les points où la peau est doublée d'un tissu cellulaire très lâche. Ce gonflement est plus marqué dans l'*eczema rubrum* et il indique une légère extension de la maladie au tissu cellulaire sous-cutané, avec épanchement de sérosité dans ses mailles. Chez quelques malades, l'inflammation du tissu cellulaire sous-cutané se prononce davantage, et il survient de petits abcès.

Phénomènes généraux. — Outre les phénomènes locaux que nous venons de mentionner, il existe quelquefois, au début de l'eczéma, un certain ensemble de phénomènes généraux qui ressemblent aux symptômes précurseurs des fièvres éruptives : on observe de la courbature, du malaise, de l'inappétence, de la soif, une augmentation de la chaleur générale et l'accélération du pouls; la langue est saburrale. Mais le plus souvent ces phénomènes manquent; quand ils existent, ils sont de courte durée, et la santé ne tarde pas à se rétablir : il est bien rare qu'on puisse les observer au second et, à plus forte raison, au troisième degré de la maladie, et il est très commun, au contraire, de voir des eczémas très intenses coïncider avec un état général parfait.

Biett insistait sur l'existence de phénomènes d'inflammation gastro-intestinale qu'il disait avoir souvent observés avec des eczémas anciens : nous n'avons pas constaté cette coïncidence aussi souvent que l'ont enseigné Biett et ses élèves, qui me paraissent avoir été influencés malgré eux, par la doctrine de Broussais qui régnait alors, et qui voulait voir des gastro-entérites partout. Nous devons dire, cependant, qu'on observe quelquefois des

diarrhées chroniques chez des vieillards atteints depuis longtemps d'éruptions eczémateuses; dans quelques cas, ces deux affections ont paru alterner.

Marche, durée. — Nous avons dit que l'eczéma présentait dans son évolution trois degrés. C'est en effet, ce qui a lieu pour chaque éruption en particulier, mais nous avons ajouté qu'il n'était pas rare de voir chez le même individu, et dans des points différents, plusieurs éruptions successives, et alors vous trouvez sur le même sujet la maladie à tous les âges et avec toutes ses formes. Souvent, quand la maladie est arrivée à son troisième degré, il survient une recrudescence qui la ramène au deuxième ou au premier degré. Cette marche rétrograde peut se répéter plusieurs fois, et prolonger l'affection d'une manière indéfinie.

Nous vous ferons encore remarquer que fréquemment, lorsqu'on croit la maladie arrivée à son dernier terme, on voit apparaître sur la surface lisse, luisante et vernissée qui caractérise le troisième degré, ces fentes sinueuses et irrégulières que nous vous avons signalées et qui indiquent que la guérison de la maladie est plus éloignée qu'on pourrait le supposer.

Enfin, une chose digne d'être notée, c'est la symétrie de l'éruption : il est rare, en effet, de voir l'eczéma affecter un membre, sans que le membre correspondant du côté opposé ne soit pareillement affecté; et cela existe, non-seulement pour les membres pris dans leur ensemble, mais encore pour les différentes parties des membres et du tronc.

Dans la marche de l'eczéma, nous noterons encore la tendance à s'étendre, ce qui, du reste, est un des caractères

des maladies dartreuses : la maladie commence souvent par un point circonscrit, puis s'étend indéfiniment, soit en augmentant de surface dans la même région, soit en se développant sur des parties plus ou moins éloignées, séparées les unes des autres par des intervalles de peau saine. Souvent même, la maladie s'étend aux muqueuses voisines, et il n'est pas rare de voir des ophthalmies, des stomatites, des vaginites et des rectites qui ne sont autre chose que des eczémas étendus aux membranes muqueuses de l'œil, de la bouche, du vagin, de l'anus, etc. Relativement à l'étendue de la maladie, nous ajouterons qu'il est très rare que l'éruption soit générale, dans l'acception littérale du mot : dans les eczémas les plus vastes, il y a ordinairement quelques points de la peau qui se présentent à l'état sain ; c'est là un fait qui peut être intéressant au point de vue du diagnostic : nous y reviendrons.

La durée de l'eczéma est habituellement chronique. Dans quelques exemples, on observe une marche aiguë, et la maladie peut alors ne durer que deux, trois ou quatre semaines. Souvent, chez les vieillards, l'éruption qui nous occupe ne disparaît jamais complétement. Chez les adultes, elle peut guérir, et les récidives peuvent être éloignées; mais celles-ci sont en quelque sorte fatales, et l'individu qui a été une fois atteint d'un eczéma restera toujours sous l'influence de la diathèse et sous l'imminence d'une manifestation locale, prête à se réveiller à la moindre occasion.

Terminaisons. — Quand l'eczéma guérit, il ne laisse après lui aucune cicatrice ; la place qu'il occupait conserve d'abord pendant quelque temps, une couleur rouge, puis elle prend une teinte violacée qui augmente mo-

mentanément, sous l'influence du froid. Peu à peu cette teinte diminue et finit par disparaître complétement, et la peau reprend sa couleur naturelle. Quelquefois cependant, à la suite d'un eczéma qui a duré longtemps, on voit survenir dans les parties anciennement affectées une exagération de la sécrétion du pigment. Il en résulte des taches brunes qu'on n'observe guère qu'aux extrémités inférieures. Dans des cas plus rares, la peau conserve un aspect mamelonné et rugueux, qui, d'ailleurs, s'efface insensiblement.

Dans certains cas, la guérison s'accompagne d'accidents particuliers qu'il est important de connaître : chez les sujets atteints d'asthme ou de catarrhe, on voit souvent les phénomènes propres à ces maladies s'aggraver, ou se réveiller au moment de la disparition ou seulement de l'amélioration de la maladie cutanée. Chez certaines femmes, c'est une leucorrhée qui se montre ou reparaît aussitôt que la dartre est guérie; ailleurs on a vu la disparition de la maladie coïncider avec le développement d'une angine, avec granulations et sécheresse très grande de la gorge. On a cité encore des exemples de gastralgie ou autres névroses alternant avec des éruptions eczémateuses. En pareille circonstance, il est souvent utile de différer la guérison complète de l'éruption ou d'appliquer un exutoire (vésicatoire ou cautère) qui devra rester en permanence.

En sa qualité de dartre, l'eczéma a une grande tendance aux récidives; mais l'intervalle qui les sépare varie suivant les sujets, et surtout suivant les conditions extérieures au milieu desquelles ils vivent. Il y a des malades qui ont une récidive tous les ans ou tous les deux ans,

quelquefois même plusieurs fois par an. En général, ces éruptions périodiques ne durent pas longtemps, et disparaissent très rapidement.

Siége anatomique de l'eczéma.— Pour compléter l'histoire de l'eczéma, il nous reste à parler de son siége anatomique.

Tous les médecins qui se sont occupés des maladies de la peau, et particulièrement ceux qui ont basé leur classification sur l'anatomie pathologique, ont cherché la cause de la diversité d'aspect que présentent ces différentes maladies, dans la diversité de leur siége anatomique. L'eczéma, la maladie cutanée qu'on rencontre le plus souvent, a été naturellement comprise dans ces recherches. Biett, se fondant sur la rougeur qui caractérise cette affection, en plaça le siége dans la coupe superficielle du derme dite membrane vasculaire d'Eichorn.

Plus tard, M. Cazenave modifia profondément l'opinion de son maître : frappé surtout de la sécrétion plus ou moins abondante d'un liquide séreux, clair et transparent, ce médecin distingué en conclut que la maladie avait pour siége les glandes sudoripares. D'après cette manière de voir, la sécrétion séreuse ne serait autre chose que la sécrétion de la sueur exagérée, et les ulcérations qu'on aperçoit quelquefois sur la surface rouge ne seraient que les orifices des conduits sudorifères, devenus plus apparents par le fait de leur altération.

La théorie de M. Cazenave n'est, il faut bien le dire, qu'une pure hypothèse ingénieuse, mais que n'appuient ni l'examen microscopique ni les analyses chimiques. En effet, la sécrétion séreuse ou séro-purulente de l'eczéma, qui tache et empèse les linges, ne ressemble

nullement à la sueur; et les ulcérations ne peuvent pas être considérées comme étant les ouvertures microscopiques par lesquelles la sueur vient sourdre à la surface de la peau. Il est facile aussi, en suivant l'évolution des phénomènes anatomo-pathologiques de l'eczéma, de voir ces petites ulcérations succéder à la rupture de petites vésicules initiales. Et d'ailleurs, comment expliquer dans cette hypothèse l'état squameux de la peau, phénomène qui joue assurément un rôle aussi important que les ulcérations et la sécrétion séreuse? N'est-il pas évident qu'il y a là une sécrétion vicieuse de l'épiderme qui le rend impropre à vivre de sa vie ordinaire, et fait qu'il se détache en écailles plus ou moins larges?

Pour nous, si nous avions à nous prononcer sur cette question, nous croirions bien plus logique de placer le siége de la maladie dans la couche de la peau chargée de la sécrétion épidermique, et dont l'existence longtemps contestée doit être et est généralement admise aujourd'hui. Aussi, nous n'hésitons pas à regarder ce siége comme le plus probable. Mais remarquez bien que nous ne donnons pas cette opinion comme parfaitement démontrée, et c'est une simple hypothèse qui nous satisfait et nous semble plus près de la vérité.

Nous venons de vous tracer le tableau de l'eczéma pris dans son ensemble, mais la description que nous avons donnée cesserait d'être vraie, si nous n'admettions des variétés de forme qui présentent des particularités dont les traits distinctifs doivent être mis sous vos yeux.

IV

VARIÉTÉS D'ECZÉMA

Les variétés d'eczéma se partagent en trois groupes bien tranchés.

Au premier groupe appartiennent les variétés suivant l'aspect de l'éruption ; au second, celles suivant la configuration; et enfin, au troisième, les variétés qui dépendent du siége.

A. — Variétés suivant l'aspect.

Nous en reconnaissons quatre qui sont : 1° l'*eczema simplex;* 2° l'*eczema rubrum;* 3° l'*eczéma fendillé;* 4° l'*eczéma impétigo.*

Ces différentes formes d'eczéma diffèrent tellement les unes des autres, qu'au premier abord on est tenté d'en faire autant de maladies distinctes, et que l'une d'elles, entre autres, l'impétigo, est considérée par tous les auteurs comme un genre à part.

1° Eczema simplex. — L'*eczema simplex* survient surtout au moment des premières chaleurs et chez les jeunes sujets. Ordinairement, la maladie débute par l'apparition de plaques rouges, légèrement saillantes, et sur ces pla-

ques se développent de petites vésicules; ces vésicules se rompent rarement, elles s'affaissent et, au bout de quelques jours, de petites squames les remplacent, disparaissent elles-mêmes en très peu de temps, et la maladie est promptement guérie. D'autres fois, l'affection parcourt ses périodes plus lentement, le liquide contenu dans les vésicules se concrète en formant des croûtes. Celles ci tombent et laissent à leur place une petite ulcération qui peut se recouvrir encore d'une croûte, laquelle se détache à son tour, et alors tout rentre dans l'ordre, et la peau reprend son aspect normal.

Quelquefois, au lieu de vésicules, ce sont des vésico-pustules, dont le produit de sécrétion se convertit également en croûtes qui recouvrent pendant quelque temps de petites ulcérations, et dont la marche et la terminaison ne diffèrent en rien des précédentes.

Dans ces différents cas, la maladie reste ordinairement une affection purement locale, caractérisée par l'éruption que nous venons d'indiquer, par un sentiment de chaleur et souvent par des démangeaisons; rarement il survient un peu de malaise général et quelques symptômes d'embarras gastrique.

Diagnostic. — On peut confondre l'*eczema simplex* avec l'érythème vésiculeux; ces deux affections se ressemblent parfaitement par leur aspect, mais l'érythème se développe ordinairement après l'application de substances âcres, de plus il n'a pas tendance à se propager et à gagner d'autres parties du corps. Ces derniers caractères appartiennent, au contraire, à l'eczéma.

Pronostic. — L'*eczema simplex* est une maladie légère, à marche habituellement aiguë; il parcourt ses périodes

en sept ou huit jours. Dans quelques cas il se transforme en eczéma chronique, soit qu'il s'étende, soit qu'il se perpétue à la même place, par des éruptions successives. Quelquefois enfin, il se montre pour ainsi dire comme maladie intercurrente, dans un eczéma chronique.

2° Eczema rubrum. — Cette variété est mal décrite dans les auteurs; plusieurs la confondent avec l'eczéma ordinaire, en se basant sur l'intensité de la couleur rouge, qui existe dans les deux cas. L'*eczema rubrum* est une éruption à marche ordinairement aiguë, très souvent précédée de phénomènes généraux : malaise général, courbature, lassitude, inappétence, etc. Du reste, qu'il y ait des prodromes ou non, le premier phénomène local est une démangeaison très vive qui se fait sentir dans différentes parties, mais particulièrement à la figure, dans les plis articulaires, aux poignets, aux aisselles, dans les aines. Bientôt après apparaissent simultanément dans les mêmes régions des plaques d'un rouge vif, arrondies, saillantes et de dimensions variables; sur ces plaques se développent des vésicules assez volumineuses, quelquefois agglomérées, le plus souvent isolées les unes des autres.

Ces vésicules ont peu de tendance à se rompre : la plupart s'affaissent par résorption du liquide et sont remplacées par des squames petites, furfuracées; quelques-unes cependant se rompent et le liquide qu'elles contenaient, surtout au visage, se concrète, sous forme de croûtes légères qui recouvrent des ulcérations très superficielles. Ces croûtes ne tardent pas à se détacher elles-mêmes pour ne plus se reproduire, mais elles sont remplacées par des squames.

A ces deux phénomènes locaux, rougeur et vésicules, il faut ajouter le gonflement de la partie malade. Ce gonflement est parfois considérable, et, lorsque l'affection siége à la face, elle peut très bien simuler un érysipèle de cette région.

Phénomènes généraux. — Les phénomènes généraux qui existent au début cessent ordinairement au moment de l'éruption. Quelquefois cependant ils continuent, et même, dans certains cas, l'apparition des phénomènes locaux leur donne une nouvelle intensité : il y a de la fièvre, des phénomènes de congestion cérébrale, du délire et de l'agitation qui rappellent les fièvres éruptives.

Diagnostic. — L'*eczema rubrum* présente une grande ressemblance avec l'érysipèle ; cependant le diagnostic de ces deux affections offre rarement des difficultés : d'abord l'eczéma envahit simultanément plusieurs régions, quelquefois il est borné à la face, mais il occupe alors toute la figure et le gonflement se confond insensiblement avec les parties saines. Dans l'érysipèle, au contraire, la maladie débute d'abord par un point limité de la face, ordinairement le nez, puis de là, il rayonne sur le reste de la figure ; la limite entre la partie saine et la partie malade est accusée par un bourrelet très net et très tranché. Enfin, dans l'eczéma nous avons un grand nombre de petites vésicules disséminées sur toute la partie rouge ; dans l'érysipèle ce sont de grosses bulles moins nombreuses, et moins uniformément répandues.

L'état fébrile du début, l'acuité de la marche, l'étendue souvent considérable de la manifestation cutanée, rapprochent cet eczéma des fièvres éruptives. Cependant il suffira d'un simple examen pour établir la différence des érup-

tions ; ajoutons que l'eczéma récidive avec une grande facilité tous les ans ou tous les mois, et qu'il tend souvent à s'établir comme une maladie habituelle à certaines personnes.

Lorsque cette affection siége aux mains, les démangeaisons et l'éruption des vésicules l'ont fait confondre quelquefois avec la gale, surtout à l'époque où l'on croyait que la gale était une affection vésiculeuse ; mais vous savez que les vésicules de la gale sont moins nombreuses que celles de l'eczéma, de plus, dans la gale, il y a un phénomène essentiel : le sillon de l'acarus et l'acarus lui-même.

Marche, durée. — La marche de cette affection est essentiellement aiguë, il est rare qu'elle dure plus de quinze jours ou trois semaines. Cependant, elle peut se prolonger davantage par la succession de plusieurs éruptions, et par son passage dans certaines parties à l'état chronique. Il n'est même pas très rare de voir l'éruption disparaître, à l'exception d'un point très limité, à la face, aux mains, aux parties génitales où la maladie s'établit avec sa forme chronique ordinaire.

Pronostic. — Il n'est presque jamais inquiétant ; néanmoins, dans des cas exceptionnels, il peut survenir, du côté de la poitrine et du cerveau, des phénomènes assez intenses et assez graves pour amener la mort, comme nous l'avons vu sur un malade qui a succombé dans nos salles, il y a quelques années.

3° Eczéma fendillé. — Cette variété vient donner un démenti à la classification anatomique des maladies de la peau. Dans cette forme, en effet, il n'y a ni vésicules, ni vésico-pustules ; l'épiderme se sèche, se fendille, se creuse

d'une multitude de petites fissures longues et étroites, qui se coupent et se croisent en circonscrivant des espaces irréguliers. Le fond de ces fissures est rouge, et il s'en écoule souvent un liquide séreux, transparent, qui tache et empèse les linges, et qui est tout à fait semblable à celui que sécrètent les ulcérations qui succèdent aux vésicules dans les autres variétés d'eczéma.

Cette variété existe quelquefois comme espèce distincte et isolée, sans mélange de vésicules; mais, d'autres fois aussi, elle se trouve associée à l'eczéma ordinaire vésiculeux; on l'observe, à la fin de cette dernière affection, surtout aux membres inférieurs, aux aisselles, ou bien encore dans les endroits où la peau présente un grand nombre de plis, comme au pourtour des orifices naturels, et plus particulièrement aux lèvres et à la marge de l'anus. Dans cette dernière région, l'eczéma détermine des démangeaisons atroces et des douleurs assez vives au moment des garderobes. Il se présente là sous la forme de gerçures qu'il faut bien se garder de confondre avec la fissure chirurgicale, distinction très importante au point de vue thérapeutique.

L'eczéma fendillé a une marche essentiellement chronique. Lorsqu'il arrive comme complication vers le déclin de l'*eczema simplex*, il prolonge celui-ci d'une manière indéfinie par ses récidives sans nombre; l'épiderme a repris, en apparence, son aspect normal, et l'on croît que la maladie touche à sa terminaison, lorsque celle-ci se trouve tout d'un coup ajournée à une époque indéterminée, par une poussée d'eczéma fendillé survenue souvent sans cause connue, quelquefois à la suite d'un écart de régime. Plus tard, enfin, les fentes deviennent

moins profondes et moins larges, l'épiderme reprend peu à peu son aspect ordinaire, la rougeur disparaît et la guérison est obtenue. Cette forme d'eczéma est tellement caractérisée par ses gerçures qu'il est impossible de la confondre avec une autre affection ; elle se rapproche un peu du lichen, mais dans cette dernière maladie, il y a un épaississement et une rudesse de la peau qu'on ne rencontre pas dans l'affection qui nous occupe. A part sa durée qui est souvent très longue, l'eczéma fendillé n'est pas grave.

4° Eczéma impétigo. — La plupart des auteurs ont décrit l'impétigo comme une maladie à part, et même, en raison de l'existence de l'élément pustuleux, quelques-uns l'ont rangée dans une autre classe que l'eczéma, parmi les maladies pustuleuses.

Nous croyons cette distinction tout à fait contraire à une bonne philosophie, et, pour nous, l'eczéma et l'impétigo ne sont que deux formes différentes de la même maladie. En effet, à toutes les phases de leur évolution, ces deux affections présentent la ressemblance la plus frappante, ainsi qu'on peut le voir par la description suivante.

L'impétigo débute ordinairement par de petites pustules agglomérées (psydraciées) dans des espaces plus ou moins étendus. Ces pustules ont la même forme que les vésicules de l'eczéma ; elles ont, comme elles, une durée éphémère (24 ou 48 heures au plus) ; alors elles se rompent et une ulcération arrondie leur succède ; il s'en écoule un liquide plus épais et plus élastique que celui de l'eczéma ordinaire. Ce liquide se concrète en croûtes épaisses, inégales, rocheuses, mamelonnées et semblables à de petites masses de miel, d'où le nom de *mélitagre* (*melitagra*

flavescens) donné par Alibert à cette maladie. Quelquefois les croûtes ont une coloration brune qui tient à la présence d'une certaine quantité de sang mélangé avec le produit de sécrétion. Leur épaisseur est souvent augmentée et devient considérable par la concrétion de nouvelle sérosité, dont la sécrétion peut être longtemps prolongée. Quand les croûtes viennent à tomber par l'action des bains ou des cataplasmes, on trouve au-dessous d'elles une surface rouge, ponctuée et semée de petites ulcérations arrondies, semblables à celles que nous avons décrites plus haut, dans l'exposition des caractères généraux de l'eczéma.

La marche ultérieure ne présente non plus aucune différence : la sécrétion diminue, aux croûtes succèdent des squames de plus en plus minces, qui deviennent blanchâtres et furfuracées. Ces furfures cessent elles-mêmes de se produire, et les surfaces rouges qu'elles recouvraient prennent une teinte violacée qui finit par s'effacer tout à fait. La peau reprend son aspect normal, sans laisser aucune cicatrice, et alors la maladie est complétement guérie.

Pour achever le tableau de cette éruption, nous devons mentionner encore, comme phénomènes locaux, des démangeaisons très vives, la sensation de cuisson et de chaleur qu'accusent les malades, et certains symptômes généraux tels que : malaise, courbature, fièvre, soif vive, inappétence, qui se montrent quelquefois au début et qui caractérisent également l'apparition de l'eczéma ordinaire.

Ainsi, vous le voyez d'après cette description, l'eczéma et l'impétigo présentent le même début, les mêmes sym-

ptômes, la même marche et le même mode de terminaison. Ajoutez qu'ils se développent, sous l'influence des mêmes causes, et qu'ils réclament le même traitement, et vous pourrez logiquement conclure que ces deux affections sont identiques ; il n'y a là qu'une différence d'intensité dans le degré de l'inflammation, qui est plus grande dans l'impétigo que dans l'eczéma ordinaire, et cette inflammation plus intense fait développer des pustules au lieu de vésicules.

Remarquons encore que l'eczéma et l'impétigo existent souvent simultanément. Cette ressemblance entre ces deux affections est tellement vraie et tellement naturelle, que l'école anglaise et ses représentants ont été obligés, pour marquer la transition de l'une à l'autre, de créer en quelque sorte une forme intermédiaire, à laquelle ils ont donné le nom d'*eczema impetiginodes*, parce qu'ils trouvaient là réunis les deux éléments qui, pour eux, caractérisent ces deux affections : la vésicule et la pustule.

Une dernière objection à la manière de voir que nous combattons, c'est que l'eczéma et l'impétigo se confondent insensiblement, et qu'il est impossible de décider où finit l'un et où commence l'autre. Il est donc bien plus simple de ne pas s'arrêter à ces difficultés spécieuses, et de considérer ces deux affections comme de simples variétés, comme des états différents d'une seule et même affection.

La marche de l'impétigo est quelquefois plus rapide que celle de l'eczéma ; l'éruption disparaît souvent en quinze jours ou trois semaines, quelquefois cependant elle revêt la forme chronique comme l'eczéma, et, dans ce dernier cas, après la chute des croûtes, la maladie prend l'aspect ordinaire de l'eczéma.

Le diagnostic de l'impétigo est généralement très facile : cette maladie se distingue des autres affections pustuleuses et, en particulier de l'ecthyma, par la petitesse et l'agglomération des pustules, par l'épaisseur et la couleur jaune ou brune des croûtes ; l'absence d'ulcérations profondes et de cicatrices sépare cette maladie des affections pustuleuses syphilitiques et scrofuleuses. — Relativement au pronostic, nous ne pourrions que répéter ce que nous avons dit en parlant de l'eczéma en général.

B. — Variétés d'eczéma suivant la configuration.

Les principales variétés qui appartiennent à ce groupe sont : 1° l'*eczema figuratum* (*impetigo figurata* des auteurs). Cette variété est caractérisée par des plaques bien limitées, bien accusées, disposées ordinairement d'une manière symétrique et affectant tantôt la forme d'eczéma ordinaire, plus souvent la forme d'impétigo.

2° *Eczéma nummulaire.* Cette seconde variété, bien décrite par M. Devergie, se présente également sous forme de plaques parfaitement limitées, mais arrondies et ressemblant assez bien à une pièce de monnaie. Ces plaques sont au nombre de sept, huit ou dix. Quand l'eczéma revêt une de ces formes, il est plus difficile à guérir que lorsque l'éruption est sans limite bien tranchée.

3° Par opposition aux deux variétés précédentes, nous signalerons l'*impetigo sparsa* et l'*eczema diffusum*, irrégulièrement disséminés sur différentes parties du corps, et ne présentant aucune limite précise.

C. — Variétés d'eczéma suivant le siége.

Dans ce dernier groupe, les principales variétés que nous mentionnerons sont : 1° l'*eczema pilaris ;* 2° l'*eczema capitis ;* 3° l'eczéma de la face ; 4° du sein ; 5° du nombril ; 6° des parties génitales ; 7° des mains et des pieds.

Ces différentes variétés présentent des particularités aussi importantes que celles que nous avons déjà indiquées, en étudiant l'eczéma d'après ses différents aspects.

1° Eczema pilaris. — On donne ce nom à l'eczéma qui se développe sur les parties recouvertes de poils. La maladie se présente avec ses caractères ordinaires de rougeur, de sécrétion et de desquamation ; les vésicules sont ordinairement très éphémères. Le liquide plastique sécrété, en se concrétant, agglutine les poils les uns aux autres et forme des croûtes épaisses, très adhérentes et très difficiles à détacher. Aux aisselles cet eczéma s'accompagne fréquemment de petits abcès qui se succèdent d'une manière assez prolongée. Cette variété d'eczéma est remarquable par sa ténacité.

Il est très important de distinguer l'*eczema pilaris* des affections parasitaires, dues à la présence du *trichophyton*. Cette dernière maladie est ordinairement plus circonscrite et mieux limitée, elle se présente sous forme de cercles, les poils sont altérés et peu adhérents ; à la face, l'inflammation gagne souvent le tissu cellulaire sous-cutané ; dans les cas douteux, l'inspection microscopique doit décider le diagnostic et dissiper tous les doutes.

2° ECZEMA OU IMPETIGO CAPITIS. — Cette variété présente deux formes secondaires :

a. — *Eczéma diffus.* Il débute par une démangeaison très vive, avec une sensation de douleur et de chaleur plus ou moins intense, et, presque en même temps, éruption de vésicules ou de vésico-pustules agglomérées dans une étendue assez considérable, qui se rompent, au bout de quelques heures ou de quelques jours, et donnent lieu à une sécrétion séreuse assez abondante. Ce liquide se concrète très rapidement, agglutine les cheveux les uns aux autres et forme des croûtes plus ou moins épaisses, qui constituent une espèce de casque ou de calotte sur la tête. Lorsque, avec les cataplasmes et les lotions, on fait tomber ces croûtes, on trouve au-dessous d'elles le cuir chevelu rouge et suintant, puis plus tard, il existe une desquamation qui peut résister longtemps, plusieurs semaines et même plusieurs mois.

Ordinairement les cheveux tombent et deviennent plus clair-semés, mais leur chute se fait d'une manière uniforme et régulière, sur les parties malades ; on ne trouve pas de plaques bien circonscrites, sur lesquelles les cheveux soient tout à fait tombés ou très altérés, caractère important qui sépare l'*eczema capitis* des maladies parasitaires. Dans cette forme d'eczéma, on rencontre quelquefois de petits abcès sous-cutanés.

b. — A côté de l'*eczéma diffus* du cuir chevelu, nous avons aussi l'impétigo caractérisé par une éruption discrète de petites pustules, disposées en groupes disséminés. Cette seconde forme d'*eczema capitis* constitue ce qu'on appelle l'*impetigo granulata.* Il s'observe chez les enfants, et particulièrement chez ceux qui vivent dans la

malpropreté ; quand les pustules se rompent, elles laissent écouler un liquide séro-purulent, éminemment plastique, d'une odeur nauséabonde, qui se concrète presque immédiatement et reste attaché aux cheveux sous forme de granulations verdâtres ou jaunes, désignées vulgairement sous le nom de *galons* ; de là la dénomination donnée à cette affection (1). Cette forme est peu grave et cède souvent d'une manière très rapide aux seuls soins de propreté (2).

3° ECZÉMA DE LA FACE. — L'eczéma de la face a une grande tendance à s'étendre ; de plus, il affecte souvent la forme symétrique, c'est-à-dire qu'il se développe sur les parties correspondantes des deux côtés. Dans cette variété, l'éruption se propage facilement aux muqueuses ; de là ces ophthalmies et ces stomatites dites eczémateuses ou dartreuses. Souvent aussi la maladie se propage jusque dans les narines et présente alors une grande ténacité.

L'eczéma de la face peut être un eczéma simple ou revêtir la forme d'impétigo.

A cette variété se rattache l'eczéma des oreilles. Lorsque l'éruption a pour siége le pavillon de l'oreille, celui-ci se gonfle, se tend, comme dans l'érysipèle ; de plus il

(1) Sous les amas de productions croûteuses qui caractérisent cette affection, il est commun de voir, surtout chez les enfants, surgir des milliers de poux. (*Note du rédacteur.*)

(2) L'impétigo du cuir chevelu s'observe rarement avant la deuxième enfance. Souvent il est précédé, chez les enfants, d'une autre affection qui est en quelque sorte le privilége de la première enfance, les *achores*. Du reste, il sera toujours facile de distinguer ces deux maladies. (*Note du rédacteur.*)

se déforme et s'écarte de la tête. Une autre particularité de cette affection, c'est son extension dans le conduit auditif externe : il en résulte un boursouflement de la muqueuse qui tapisse ce conduit et la membrane du tympan, et, comme conséquence, une surdité qui peut n'être que passagère, mais qui persiste quelquefois, par suite de la sécheresse et de l'épaississement de la muqueuse.

L'eczéma de la face coïncide souvent avec celui du cuir chevelu.

4° ECZÉMA DES SEINS. — Il est presque exclusif aux femmes ; il se développe autour du mamelon, sur l'auréole et sur le mamelon lui-même. Il peut se présenter sous la forme d'eczéma simple ou d'impétigo, suivant le degré d'inflammation. Il affecte ordinairement une disposition arrondie, en suivant la forme des parties sur lesquelles il s'est développé. Un caractère spécial de l'eczéma du sein, c'est l'extension assez fréquente de l'inflammation au tissu cellulaire sous-cutané et la formation d'abcès.

Lorsque l'eczéma est limité aux seins, il n'est guère observé que dans une des trois conditions suivantes : la grossesse, la lactation et la gale. L'eczéma du sein forme un excellent signe diagnostique de la gale chez la femme.

Cette variété peut se rencontrer d'ailleurs avec l'eczéma des autres parties du corps.

5° ECZÉMA DE L'OMBILIC. — Nous ne nous arrêterons pas longtemps à cette variété peu importante. Elle est généralement très tenace, soit à cause de la difficulté de main-

tenir des topiques appliqués sur cette région, soit à cause de la forme particulière de l'ombilic qui se trouve par cela même exposé à des frottements réitérés et continuels. Souvent elle coïncide avec l'eczéma du ventre.

6° ECZÉMA DES PARTIES GÉNITALES. — Cette variété siége à la verge et aux bourses chez l'homme, à la vulve chez la femme; souvent il occupe en même temps la partie inférieure du ventre et même les environs de l'anus. Il diffère peu de l'eczéma ordinaire, seulement il présente une sécrétion séreuse beaucoup plus abondante ; sur les bourses les squames sont plus larges et tout à fait feuilletées. Dans cette région l'eczéma est en outre très tenace, il peut se perpétuer longtemps par des éruptions successives. Souvent il se propage à l'intérieur de l'anus où il détermine des démangeaisons atroces, irrésistibles et provoque des frottements fréquents qui s'accompagnent d'une certaine sensation non désagréable.

L'eczéma qui occupe le prépuce et le gland, chez l'homme, a été appelé, bien à tort, *herpes præputialis*. Le prurit auquel il donne lieu fait naître chez les malades un besoin impérieux de se gratter qui peut être, surtout chez les enfants, le point de départ de mauvaises habitudes.

Chez la femme, la variété d'eczéma qui nous occupe diffère un peu de ce qu'elle est chez l'homme ; l'éruption se prolonge quelquefois dans le vagin et dans l'urèthre, et elle y détermine des démangeaisons excessivement vives qui peuvent aussi conduire à des habitudes de masturbation. Outre ces démangeaisons, il y a un écoulement abondant, non pas purulent, mais peu coloré, séreux,

plastique, tachant et empesant les linges et tout à fait identique avec la sérosité de l'éruption cutanée. Au spéculum, on constate une rougeur vive et un gonflement très marqué de la muqueuse vaginale. C'est une véritable *vaginite dartreuse*. Comme chez l'homme, l'eczéma peut gagner l'anus et donner lieu à des fissures d'une nature toute particulière, et aux démangeaisons que nous avons déjà indiquées.

7° ECZÉMA DES MAINS ET DES PIEDS. — L'*eczema manuale* se présente avec des conditions tellement spéciales que, si l'on n'était pas prévenu que c'est un eczéma, on ne le reconnaîtrait pas. Beaucoup d'auteurs modernes et nous-même l'avons décrit à tort, pendant quelque temps, sous le nom d'*herpes*, affection avec laquelle il offre, au premier abord, une grande ressemblance. Il se présente sous deux formes différentes, la forme chronique et la forme aiguë.

a. Forme chronique. — Dans cette forme la maladie a tous les caractères de l'eczéma ordinaire : sur les doigts, dans les espaces interdigitaux et sur le reste des mains on peut constater de la rougeur, du suintement, de la desquamation, etc. Nous devons noter, en outre, une augmentation des rides de la peau et des gerçures assez profondes, qui donnent souvent à cette affection la plus grande ressemblance avec le lichen : c'est ce qu'on appelle communément la gale des épiciers, on l'observe fréquemment chez les individus qui manient des substances âcres.

Sous un autre aspect, l'eczéma chronique des mains est caractérisé par une légère desquamation épidermique

qui se prolonge plus ou moins longtemps, et qui est surtout marquée sur la surface palmaire des doigts. De temps en temps, on voit apparaître sur la main quelques vésicules qui viennent accuser, en quelque sorte, la nature eczémateuse de l'affection. Cette maladie est assez fréquente en été.

b. — La seconde forme de l'*eczema manuale* est la forme *aiguë*. Elle présente des caractères plus spéciaux et plus tranchés que la forme précédente. Elle débute par l'apparition, sur une main ou sur les deux à la fois, d'une éruption vésiculeuse du volume d'un grain de millet. Ces vésicules sont tantôt confluentes, tantôt disposées par groupes, laissant entre eux des intervalles de peau saine. Lorsque les vésicules sont nombreuses, il y a extension de l'inflammation au tissu cellulaire sous-cutané, et l'on observe de la rougeur et du gonflement. Dans tous les cas, il y a ordinairement de la chaleur, de la cuisson et souvent une démangeaison intolérable.

Très souvent la maladie ne dépasse pas la première période : les vésicules persistent et n'ont aucune tendance à se rompre, ce qui tient sans doute à la grande épaisseur de l'épiderme dans cette région. Au bout de quelques jours, ces vésicules s'affaissent, par suite de la résoption de la sérosité, et l'épiderme se réapplique sur le derme ; mais il ne tarde pas à se détacher sous forme de squames et l'on trouve alors au-dessous un épiderme de nouvelle formation entièrement renouvelé, mais conservant une teinte un peu violacée pendant quelques jours.

Souvent, lorsque les vésicules sont très rapprochées, les cloisons qui les séparent sont détruites, et plusieurs d'entre elles se réunissent pour en former une seule qui

est une véritable bulle, dont le volume varie depuis celui d'une noisette jusqu'à celui d'un œuf et même plus. Ces bulles se comportent comme les vésicules; elles s'accompagnent de démangeaisons et de cuissons. Elles peuvent ne pas se rompre, mais, après un temps quelquefois très court, elles se détendent et s'affaissent, par suite de la résorption d'une partie du liquide qu'elles contiennent, et se transforment en larges squames, constituées par l'épiderme et par la partie plastique du liquide qui n'a pas été résorbée.

Dans certains cas, le liquide renfermé dans les vésicules et dans les bulles n'est plus clair et transparent; il est jaunâtre, opaque et épais, mais cependant sans être purulent. Alors, quand ces vésicules ne se rompent pas, elles s'affaissent graduellement et forment de larges squames d'une couleur jaune *cuir de botte;* ces plaques se rencontrent fréquemment sur le bord des mains et sur les parties latérales des doigts. Elles durent huit ou dix jours, et, quand elles tombent, elles se détachent d'une seule pièce, et, au-dessous d'elles, on trouve une plaque violacée qui ne tarde pas à s'effacer elle-même, et qui est constituée par un épiderme de nouvelle formation.

Quelquefois, enfin, le liquide que renferment les vésicules et les bulles est tout à fait purulent. Lorsque cette suppuration s'établit, on voit souvent apparaître des symptômes généraux : fièvre, soif vive, malaise général, anorexie et même vomissements. Dans ces cas-là, la résorption est très rare, le plus souvent il y a rupture de l'enveloppe épidermique, écoulement de pus au dehors et concrétion de ce liquide en croûtes jaunâtres ou verdâtres. Lorsque, après un temps variable, ces croûtes vien-

nent à tomber, elles laissent des ulcérations assez profondes qui, pendant huit ou dix jours encore, fournissent une suppuration d'une odeur fade, *sui generis*.

Quelquefois le pus s'infiltre sous l'épiderme voisin et va le décoller, en gagnant graduellement dans un rayon parfois assez étendu ; mais cette sécrétion purulente ne tarde pas à se tarir, le fond de l'ulcère s'élève, se rapproche de la surface de la peau et la maladie guérit ordinairement sans cicatrice ; cependant, avant que cette guérison soit complète, plusieurs générations de vésico-pustules, de squames et de croûtes peuvent se succéder.

Enfin, pour être complet, nous ajouterons que l'eczéma aigu des mains peut se terminer par la forme chronique, qui s'établit alors et se perpétue pendant plusieurs mois, dans une étendue plus ou moins grande.

Ainsi, pour me résumer en quelques mots, nous dirons que les traits caractéristiques de l'*eczema manuale* sont : son siége spécial, la tendance des vésicules à rester intactes et à ne pas se rompre, le développement des vésicules qui atteignent souvent les proportions des bulles et peuvent faire croire à un pemphigus.

Pronostic. — C'est une maladie généralement peu grave et à marche rapide. Les récidives, lorsqu'il y en a, sont ordinairement de courte durée. Nous dirons encore que le pronostic dépend beaucoup du traitement : qu'il soit simplement antiphlogistique, qu'il consiste dans des manuluves émollients, dans des applications de poudre de riz ou d'amidon, dans de grands bains et quelques boissons rafraîchissantes ; qu'on s'efforce surtout de ne pas rompre les vésicules, et la guérison sera facilement obtenue. Bien au contraire, les cataplasmes humides, l'ouverture

des vésicules et surtout l'emploi de pommades rendront la maladie plus grave et plus longue, et favoriseront le développement de la forme chronique.

En même temps que l'*eczema manuale*, il existe souvent des éruptions eczémateuses dans d'autres parties du corps, particulièrement à la face et aux pieds : dans cette dernière région, la maladie se présente avec les mêmes caractères qu'aux mains ; on y retrouve des vésicules peu disposées à se rompre, formant des bulles par leur rapprochement et pouvant se guérir sans se rompre.

Pour terminer l'histoire des variétés de l'eczéma, il nous reste encore à mentionner deux autres formes qui ont une grande importance, au point de vue du diagnostic : ce sont l'*impétigo sycosiforme* et l'*impétigo acniforme*, affections qui ont été considérées par M. Bazin comme des dépendances de l'herpès parasitaire et qui, suivant moi, doivent en être distinguées. Elles sont spéciales aux hommes adultes qui ont de la barbe ; on ne les retrouve ni chez les femmes, ni chez les enfants.

L'*impétigo sycosiforme* siége ordinairement sur la lèvre supérieure, au-dessous de la cloison nasale ; on l'observe bien quelquefois aussi sur la lèvre inférieure, mais la première est toujours son lieu de prédilection. Il est caractérisé par des vésico-pustules qui se développent dans la barbe, autour des poils, suivent toute leur évolution, comme dans d'autres régions, se rompent rapidement et forment des croûtes jaunâtres, verdâtres, qui se détachent, tombent et laissent à leur place une surface ulcérée, donnant lieu à une sécrétion séreuse ou séro-purulente. Ce liquide se transforme également en croûtes, qui peuvent se succéder un grand nombre de fois avant la guérison

complète de la maladie. C'est ce que M. Devergie appelle *sycosis impétigineux*. Or, cette éruption manque précisément de deux caractères essentiels et fondamentaux du sycosis, savoir : l'inflammation et l'induration du tissu cellulaire sous-cutané, et la chute ou la faible adhérence des poils de la barbe. Il est bien important de ne pas commettre cette confusion, car le traitement est tout à fait différent dans les deux affections.

L'*impétigo acniforme*, qui n'a pas été décrit, est caractérisé par le développement dans la barbe d'une multitude de petites vésico-pustules isolées, arrondies, d'une durée éphémère, sans base indurée, du volume d'une tête d'épingle ; on en voit huit, dix, douze apparaître en même temps, dans la partie inférieure du visage, mais toujours discrètes et isolées. Elles durent de trois à cinq jours, puis elles se rompent et sont remplacées par des croûtes, et il peut y avoir ainsi une succession de vésico-pustules et de croûtes qui prolongent la maladie des mois et des années. Rien n'est plus difficile à guérir que cette affection : je l'ai vue souvent résister à tous les moyens locaux et généraux, même à l'épilation bien faite et suivie de lotions parasiticides ; ces derniers moyens auraient dû réussir, si, comme le veut M. Bazin, cette affection n'était qu'une forme de sycosis dû à la présence du trichophyton.

On distingue, comme la précédente, cette variété d'eczéma du véritable sycosis, par l'absence d'induration du tissu cellulaire sous-cutané et par l'adhérence des poils de la barbe. Pour ne rien omettre, ajoutons que, dans les deux cas, l'examen microscopique viendra encore fournir de nouvelles données au diagnostic.

Nous venons de vous exposer le tableau des différentes

variétés d'eczéma, avec les caractères spéciaux à chacune d'elles. Avant de continuer notre sujet, nous croyons devoir vous faire remarquer que, malgré les différences qu'elles peuvent présenter, elles ont toutes un air de parenté et un fond commun, tels que rougeur, vésicules ou vésico-pustules, suintement et squames, qui les rangent dans une même famille et empêchent de les confondre avec toute autre éruption cutanée.

V

DE L'ECZÉMA

(SUITE)

Complications. — Pour la facilité de l'étude, jusqu'ici nous avons supposé l'eczéma, ainsi que ses variétés, à l'état de simplicité; mais il n'en est pas toujours ainsi dans la pratique : l'eczéma peut être compliqué soit d'une autre affection de la peau, soit d'une affection des muqueuses.

Parmi les éruptions cutanées qui coexistent le plus fréquemment avec l'eczéma, nous trouvons d'abord le pityriasis, qui survient ordinairement à la fin de la maladie. Il se présente sous la forme d'une desquamation très fine, très légère, occupant les parties qui ont été le siége de l'éruption eczémateuse. En raison de leur concomitance si fréquente, nous nous sommes demandé si ces deux affections n'étaient pas une seule et même maladie, à une période différente de son évolution, et nous croyons cette opinion parfaitement soutenable.

Le lichen coïncide aussi très souvent avec l'eczéma; l'association de ces deux éruptions est quelquefois tellement intime, qu'il est très difficile, pour ne pas dire impossible, de les distinguer. Du reste, cette investigation serait tout à fait oiseuse et sans aucune utilité pratique. Il faut se contenter de dire qu'un eczéma est compliqué ou

non de lichen, sans vouloir pousser l'analyse plus loin. C'est à cette réunion des deux éruptions qu'on a donné le nom de *lichen agrius* et d'*eczéma lichénoïde*.

Une autre complication également assez fréquente, ce sont les furoncles et les petits abcès. On en observe dans les seins chez les femmes, au cuir chevelu, mais surtout sous les aisselles. Ils peuvent se développer à toutes les périodes de la maladie, mais plus particulièrement à la seconde ou à la troisième.

Nous avons déjà parlé, à propos des dartres en général, des complications qui pouvaient survenir du côté des muqueuses, telles que bronchite chronique, entérite, gastralgie, et de l'espèce d'alternance qui pouvait s'établir entre l'éruption cutanée et une de ces affections; il est inutile d'insister davantage sur ce sujet que nous avons déjà traité suffisamment

Diagnostic. — Le diagnostic de l'eczéma est généralement facile; il suffit pour l'établir d'avoir présents à l'esprit les signes essentiels de l'affection : vésicules, rougeur pointillée, suintement, croûtes jaunes, rocheuses, puis squames, qui plus tard deviennent furfuracées, comme dans le pityriasis. Joignez à cela les démangeaisons vives et la chaleur de la peau, et vous aurez un tableau à peu près complet des signes diagnostiques de l'eczéma, qui sera toujours suffisant pour distinguer cette maladie des autres éruptions qui ont avec elle quelque similitude. Ces éruptions sont l'érythème, le pemphigus, le pityriasis et le psoriasis.

L'érythème peut être confondu avec l'eczéma à cause de la rougeur de la peau, mais il ne s'accompagne pas de suintement. On trouve bien quelquefois de petites vési-

cules ou vésico-pustules, mais elles sont éphémères, et, quand l'éruption érythémateuse s'accompagne de desquamation, celle-ci n'a lieu qu'une fois et ne se renouvelle pas.

Il existe une autre espèce d'érythème (l'*érythème intertrigo*) qui a pour siége l'interstice des fesses et la partie inférieure des seins, et qui est dû au frottement réitéré de ces parties; il s'accompagne d'une rougeur et d'un suintement séreux qui le rendent plus difficile à distinguer de l'eczéma; mais, dans ces cas-là, le suintement est beaucoup moins abondant et bien moins plastique, il ne se concrète pas et il n'empèse pas le linge qui en est taché. D'ailleurs, on le fait disparaître très facilement en s'opposant tout simplement au frottement des parties.

Un médecin peu familiarisé avec les éruptions cutanées pourrait confondre le pemphigus avec l'eczéma. Nous avons dit que de véritables bulles pouvaient être observées dans l'*eczema manuale*, par la réunion de plusieurs vésicules voisines, et l'apparence de ces bulles pourrait faire croire à l'existence d'un pemphigus; mais dans l'eczéma les bulles ont toujours été précédées de vésicules, et, dans le voisinage, il en reste toujours quelques-unes pour attester la nature de l'affection. En supposant l'absence de ces signes, la marche de l'éruption suffira, du reste, pour éclairer le diagnostic. En effet, dans le pemphigus, à une bulle dont vous ne pouvez constater que les vestiges, vous verrez bientôt en succéder une autre et ainsi de suite, tandis que l'eczéma bulleux a une marche aiguë.

Lorsque l'on se trouve en présence d'un pemphigus foliacé, arrivé à une certaine phase de son évolution, on n'a sous les yeux que les débris des bulles et quelques parties dénudées, présentant des ulcérations superficielles, avec

un léger suintement ; on peut alors éprouver de l'embarras, mais rappelez-vous que cette espèce de pemphigus occupe généralement la totalité du corps, et que vous ne trouverez pas un point du tégument externe qui soit sain, ce qui n'arrive jamais dans l'eczéma, quelque généralisé qu'il puisse être, et puis, examinez avec soin et presque toujours vous trouverez, sur un point quelconque du corps, surtout vers les extrémités, quelques bulles non encore rompues ou à peine effacées. Enfin, si vous pouviez conserver quelque doute, la largeur considérable des squames et le produit peu plastique de sécrétion des parties dénudées viendraient dissiper toute espèce d'incertitude.

Dans le lichen il y a du suintement et des croûtes, mais le suintement est moins abondant, les croûtes sont plus fines et plus adhérentes que dans l'eczéma ; de plus, il y a une sécheresse, un épaississement et une rudesse de la peau qui ne se rencontrent pas dans l'eczéma. Ajoutons cependant que fréquemment l'eczéma et le lichen existent ensemble et associent leurs caractères spéciaux.

Nous trouvons dans le psoriasis une surface rouge et élevée au-dessus de la peau, des squames épaisses, imbriquées, blanchâtres, argentées, sèches, ne ressemblant en rien aux squames de l'eczéma. Si, quelquefois, ces squames de psoriasis ne se présentaient pas avec des caractères aussi bien définis, et qu'on pût se tromper, il faudrait interroger les malades, pour savoir s'il y a eu ou non sécrétion d'un liquide séreux, empesant les linges, en un mot analogue à celui qu'on observe dans l'eczéma, et, suivant la réponse affirmative ou négative du malade, vous pourrez diagnostiquer un eczéma ou un psoriasis, car, dans cette dernière maladie, il n'y a jamais sécrétion.

Il est très difficile, avons-nous dit, et même impossible de reconnaître le pityriasis de l'eczéma, arrivé à une certaine période de son développement; mais, nous le répétons, ce diagnostic n'a aucune importance pratique, puisque le traitement est le même dans les deux cas. Quant à l'eczéma au premier ou au second degré, il se distinguera toujours très facilement du pityriasis par sa rougeur spéciale, par ses vésicules, par son suintement et par ses croûtes.

M. Devergie décrit, sous le nom de *pityriasis rubra*, une maladie caractérisée par une surface rouge, affectant souvent la totalité de la peau et par des squames de la largeur d'une pièce de 50 centimes ou de 1 franc. Ces squames se détachent sur leurs bords, s'enroulent et ne tardent pas à tomber, pour faire place à d'autres squames tout à fait semblables. Dans cette affection il y a souvent une sécrétion séreuse, aqueuse, mouillant les linges sans les tacher. Cette maladie est généralement de longue durée. Le diagnostic, dit-il, pourra s'établir d'après ces signes spéciaux. Mais nous sommes peu porté à admettre, dans tous les cas cités par M. Devergie, la légitimité de cette espèce qui nous parait se rattacher quelquefois à un véritable eczéma, d'autres fois à un pemphigus foliacé.

Il y a encore une autre éruption qui se rapproche beaucoup de l'eczéma, c'est l'herpès; mais dans cette affection les vésicules ne sont pas miliaires, comme dans l'eczéma; elles sont plus grosses et sont groupées, au nombre de douze ou quinze, de manière à former des plaques arrondies et peu étendues. Elles ont une existence bien plus longue que les vésicules d'eczéma, qui ne durent souvent que quelques heures. De plus, la marche est bien

différente : dans l'herpès les vésicules se rompent difficilement, il y a résorption de la sérosité ; quelquefois cette sérosité se transforme en pus et les pustules remplacent les vésicules, le pus lui-même peut être résorbé sans rupture des pustules. Quand il y a rupture de vésicules herpétiques, les ulcérations consécutives diffèrent encore de celles de l'eczéma ; elles sont arrondies, plus profondes. Enfin dans l'herpès, il n'y a pas, comme dans l'eczéma, ces générations de croûtes et de squames qui se succèdent un certain nombre de fois, avant la guérison complète de la maladie. En donnant ces caractères distinctifs, entre l'herpès et l'eczéma, nous avons surtout en vue l'*herpes zoster* ou *zona ;* car plusieurs autres herpès (*herpes vulvaris*, *præputialis*) ont été, à tort suivant nous, séparés de l'eczéma dont ces éruptions ne sont que des variétés.

Pronostic. — L'eczéma par lui-même n'est pas une maladie qui compromette l'existence, mais il dénote une prédisposition particulière de l'économie qui expose les personnes qui en sont atteintes à des récidives continuelles. Quand il affecte des sujets faibles et débiles, il dure beaucoup plus longtemps ; c'est ce qui rend cette affection souvent incurable chez les vieillards.

Le pronostic est beaucoup plus fâcheux, lorsqu'il existe en même temps quelque affection interne : bronchite, asthme, etc., parce qu'on ne peut pas guérir la maladie interne, sans donner une nouvelle intensité à l'éruption cutanée, et que souvent la disparition de celle-ci s'accompagne d'une aggravation notable, dans les phénomènes de la maladie interne.

Dans le pronostic, on doit également tenir compte de la marche et du siége de la maladie. La forme chronique, les

récidives répétées sont des conditions fâcheuses et qui doivent faire craindre une prolongation indéfinie ; relativement au siége de l'éruption, nous signalerons, comme ayant une tendance à durer très longtemps, l'eczéma des aisselles, celui des seins, des parties génitales et des jambes ; pour ce dernier, l'existence des varices est encore une circonstance aggravante.

Étiologie. — L'étiologie de l'eczéma comprend, comme celle de toutes les autres maladies, l'étude des causes prédisposantes et celles des causes occasionnelles que nous allons énumérer successivement.

Parlons d'abord des causes prédisposantes.

Tous les âges sont prédisposés à l'eczéma, cependant on l'observe plus spécialement chez les jeunes sujets ; les enfants à la mamelle y sont très exposés ; on le rencontre aussi dans la seconde enfance et chez les adolescents. Il se montre aussi chez les adultes et chez les vieillards, mais il est rare que chez ces derniers il existe pour la première fois, le plus souvent il est à l'état de récidive. Généralement, on attribue à la dentition et au sevrage l'eczéma qui se développe dans la première enfance. Nous croyons à la première influence et non à la seconde. L'eczéma a une prédilection marquée pour le tempérament lymphatique, sans lui être tout à fait exclusif. Les changements de saisons sont aussi des causes prédisposantes ; l'éruption apparaît surtout au commencement du printemps et à la fin de l'automne. Comme causes prédisposantes, nous devons encore noter l'hérédité et certaines professions qui exposent aux veilles, au contact des substances âcres et à l'action d'une chaleur intense et longtemps prolongée (forgerons, fondeurs, boulangers, cuisiniers, etc.).

Parmi les causes occasionnelles, nous placerons en première ligne les excès de tous genres : excès de boissons, de table, une nourriture trop excitante, ragoûts, viandes faisandées, poissons de mer (surtout homards, coquillages, etc.), les chagrins, les émotions morales vives, les veilles et les fatigues de toute espèce. Enfin, nous devons encore mentionner les irritations locales de la peau : emplâtres, frictions sèches ou irritantes. Nous avons vu un simple emplâtre de diachylon, non-seulement développer un eczéma dans le point d'application et dans le voisinage, mais encore devenir le point de départ d'un eczéma général. Il est évident, dans ces exemples, que l'irritation locale ne fait que développer un principe diathésique qui n'attendait qu'une occasion pour se réveiller. Nous croyons en effet, ainsi que nous avons cherché à l'établir en parlant des dartres en général, que l'eczéma n'est pas une maladie locale, mais que l'éruption cutanée n'est que l'expression d'un vice particulier, soit inné, soit acquis d'une *diathèse*.

Traitement. — Au début, quand il y a prédominance des phénomènes inflammatoires, on ordonnera des boissons émollientes en abondance : tisane de chiendent, limonade, etc. On devra prescrire également des topiques émollients : bains, lotions avec eau de guimauve ou eau de son. Quand il y a des vésicules non encore rompues, il faut, autant que possible, respecter leur intégrité et s'abstenir de cataplasmes qui les ramolliraient et hâteraient leur rupture. Mais vous savez que ce premier degré n'a qu'une durée éphémère, et que le plus souvent on se trouve en face d'un eczéma arrivé à la seconde période de son évolution. Alors, aux moyens que nous

venons d'énumérer vous devrez ajouter les cataplasmes de riz et de fécule, qui doivent être préférés à ceux de farine de lin, souvent irritante. A ces remèdes locaux joignez les moyens généraux. Les principaux sont : les purgatifs souvent répétés, pour diminuer la sécrétion abondante qui existe à la surface de la peau, en développant une dérivation intestinale. Ces purgatifs doivent être prolongés pendant plusieurs semaines et ils sont indiqués tant que persiste la sécrétion séreuse. On peut employer les purgatifs salins ou les drastiques, mais la préparation purgative à laquelle nous donnons la préférence consiste dans une infusion de pensée sauvage et de séné, d'après la formule suivante :

Pensées sauvages.......	8 à 16	grammes.
Follicules de séné.......	4 à 8	—
Eau bouillante..........	3 à 4	verres.

Le malade prend de cet apozème deux, trois ou quatre verres, soit tous les jours, soit deux ou trois fois par semaine, de manière à avoir trois ou quatre selles par jour. On peut d'ailleurs augmenter ou diminuer les doses, suivant la susceptibilité des sujets. Nous avons souvent donné cette tisane purgative pendant deux ou trois mois, dans des cas rebelles, sans voir aucun inconvénient et notamment sans constater aucun accident du côté du tube digestif. Comme moyen général et topique en même temps, il faut mentionner les bains, bains amidonnés, bains de vapeur, soit isolément, soit d'une manière alternative. Les bains de vapeur sont indiqués surtout dans l'eczéma de la face ou du cuir chevelu ; ils agissent alors comme moyen topique très efficace. Une précaution importante

dans l'emploi des bains de vapeur, c'est que la température ne soit pas trop élevée ; il ne faut pas qu'elle dépasse 32 ou 33 degrés Réaumur. Au delà ils déterminent de la congestion à la peau et peuvent augmenter l'inflammation. Ces moyens, les antiphlogistiques émollients locaux et généraux et les purgatifs, réussissent souvent, et, avec leur aide, la maladie arrive plus ou moins vite à la résolution complète : mais dans d'autres cas l'eczéma persiste, il reste stationnaire au second ou au troisième degré, il s'aggrave de temps en temps par quelques poussées aiguës et il tend à s'éterniser ; c'est alors que l'on doit recourir aux modificateurs généraux, dont les principaux sont : l'huile de foie de morue, les préparations arsenicales et le soufre. Mais ces moyens ne doivent pas être employés au hasard et sans discernement. Il y a des indications pour l'huile de foie de morue, d'autres pour les préparations arsenicales, que la sagacité du médecin pourra seule saisir et apprécier. Ainsi l'huile de foie de morue est surtout indiquée chez les individus à tempérament lymphatique et particulièrement chez les jeunes sujets.

Les préparations arsenicales, au contraire, réussissent mieux chez les individus à tempérament nerveux et chez ceux qui n'ont aucun des attributs du tempérament lymphatique. Les préparations arsenicales le plus généralement employées sont les solutions d'acide arsénieux ou d'arséniate de soude : les liqueurs de Fowler, de Pearson, ont l'avantage de ne réveiller aucune défiance de la part du malade, et de pouvoir lui faire prendre de l'arsenic à son insu : nous les recommandons dans la pratique.

Les préparations sulfureuses à l'intérieur ou à l'extérieur doivent être réservées à ces cas d'eczéma développés

chez les sujets à tempérament lymphatique peu prononcé, chez lesquels la maladie a de la tendance à se perpétuer. On ne doit y recourir que lorsque la maladie est arrivée à la troisième période. On les emploie aussi avec avantage pendant la convalescence, et même après la disparition de toute éruption, pour consolider la guérison. Les sulfureux sont surtout donnés sous forme d'eaux minérales naturelles; les plus efficaces sont les eaux d'Enghien, de Baréges, de Luchon, de Saint-Gervais, d'Uriage. Pour les malades qui ne présentent aucun signe de scrofules, nous avons, d'après notre expérience personnelle, une prédilection marquée pour les eaux de Saint-Gervais, qui, par leur légère sulfuration, par leurs propriétés laxative et diurétique, nous paraissent être spécialement applicables au traitement de l'eczéma.

On a encore préconisé contre l'eczéma une foule de pommades et de lotions, et même les charlatans n'emploient pas d'autres remèdes; mais nous devons vous prémunir contre ces moyens, qui sont nuisibles le plus souvent : nous vous ferons remarquer que les pommades ne peuvent être de quelque utilité qu'à la fin du troisième degré, lorsque les phénomènes inflammatoires sont très mitigés. On a conseillé les pommades soufrées; mais nous devons placer au premier rang les préparations mercurielles. Ainsi la pommade au calomel d'après la formule suivante :

Axonge..................	30 grammes.
Calomel..................	0,25 ou 0,50 centigr.

Celle au deutochlorure de mercure :

Axonge..................	30 grammes.
Deutochlorure d'hydrargyre..	0,05 ou 0,10 centigr.

Puis celle de protonitrate, employée surtout dans les eczémas chroniques sous cette formule :

Axonge....................	30 grammes.
Protonitrate d'hydrargyre....	0,05 ou 0,10 centigr.

On emploie encore l'onguent citrin, qui n'est que du nitrate de mercure, sous cette formule :

Axonge..................	30 grammes.
Onguent citrin............	2, 3, 4 ou 5 grammes.

Nous devons également mentionner la pommade à base de cyanure de potassium, qui réussit quelquefois à calmer les démangeaisons, surtout aux parties génitales.

Il y a les solutions de sublimé, qui ont également pour but de calmer les démangeaisons :

Eau....................	100 grammes.
Sublimé.................	10 ou 20 centigr.

On a réussi encore quelquefois avec les lotions d'eau blanche, avec la pommade camphrée, avec la pommade contenant de l'oxyde de zinc. Mais, nous le répétons, ces divers topiques doivent être employés avec précaution.

Enfin, la partie la plus importante du traitement est la diététique, qui doit être continuée bien longtemps après la disparition de l'éruption, si l'on veut être à l'abri d'une récidive. Ainsi le malade aura un régime sévère ; il s'abstiendra de liqueurs, de café, de boissons fermentées et d'aliments trop excitants et fortement épicés.

VI

DU LICHEN

Le mot *lichen* est très ancien : nous le trouvons dans Hippocrate, Galien, Celse, Aétius; mais il faut bien savoir que, dans les anciens auteurs, il avait un sens très vague et très mal déterminé. Dans les ouvrages des médecins du moyen âge, on retrouve encore ce mot, mais aussi mal défini que dans les écrits de leurs prédécesseurs. Willan et Bateman eurent le mérite de lui donner, les premiers, un sens plus exact, plus précis, en l'employant pour désigner une éruption de petites papules agglomérées. Ces auteurs considèrent donc le lichen comme une éruption papuleuse; Alibert le range dans la classe des affections scabieuses, il l'appelle *prurigo lichénoïde* ou *furfurant*; dans notre classification, nous l'avons placé au nombre des affections dartreuses. Il présente, en effet, tous les principaux caractères de ce groupe de maladies : dispersion sur différents points du corps, tendance à l'extension, chronicité, récidive facile, etc.

Nous définirons le lichen : une maladie de peau caractérisée, à son début, par l'éruption de petites papules ordinairement un peu serrées les unes à côté des autres,

présentant une rougeur qui ne tarde pas à s'effacer, et, plus tard, par une altération plus profonde de la peau, qui devient épaisse, rude, et dont les plis augmentent de profondeur.

Tous les symptômes que nous allons vous exposer ne seront, pour ainsi dire, que la paraphrase de ces principaux caractères : épaississement, rudesse de la peau et exagération de ses plis. La maladie débute quelquefois par de la cuisson et une démangeaison assez vive dans une étendue plus ou moins considérable et même sur toute la surface du corps; bientôt après, éruption de petites papules, c'est-à-dire de petites saillies pleines ne contenant ni sérosité, ni pus, ordinairement acuminées, se rapprochant les unes des autres et agglomérées de manière à former des plaques dont la surface est hérissée, rugueuse et inégale. Ces papules sont ordinairement rouges, ainsi que la peau qui les environne; dans les régions où se développe cette éruption, elle amène du gonflement : il en résulte un épaississement notable de la peau qui dure autant que la maladie elle-même, et peut persister quelque temps après elle. La présence de ces papules sur une peau épaisse détermine une rudesse spéciale et une exagération de ses plis qui peut aller jusqu'aux crevasses, et même jusqu'à de véritables rhagades.

A ces phénomènes fondamentaux s'en joignent d'autres, qui sont accessoires, mais aussi constants. C'est d'abord un léger suintement apparaissant, sous forme de petites gouttelettes de sérosité qui se concrètent en petites croûtes d'un aspect particulier : elles sont minces, dures, sèches, d'une couleur grise ou noire, n'ayant aucune ressemblance avec celle de l'eczéma qui s'en éloignent par

leur volume, leur mollesse et leur couleur jaune; quelques-unes de ces petites concrétions, celles qui sont noires, sont formées par du sang coagulé et desséché à la surface des papules. L'épanchement de sang et de sérosité est dû à l'excoriation des papules. En effet, un phénomène inséparable de l'existence des papules est une démangeaison vive que nous avons vue, dans quelques cas, précéder l'éruption et qui se continue après elle.

Cette démangeaison s'accompagne de chaleur; elle est parfois atroce et tellement vive que les malades ne peuvent résister au besoin de se gratter; ce besoin est d'autant plus impérieux qu'en se grattant ils éprouvent une certaine sensation de plaisir et que chaque friction est suivie d'un moment de répit. Il en résulte que les malades excorient et déchirent avec leurs ongles les sommets des papules, de là écoulement de sérosité et de sang et formation de petites croûtes. La cuisson et les démangeaisons du lichen se font sentir particulièrement l esoir et la nuit.

Ordinairement le lichen ne présente pas de phénomènes généraux; quelquefois cependant, surtout au début, il y a un peu de malaise, de céphalalgie, d'inappétence, et un léger mouvement fébrile; mais tout cela se dissipe au bout de quelques jours, et vous voyez des individus atteints de lichen intense, présenter tous les attributs d'une santé parfaite.

Cependant à cette régle il faut noter quelques exceptions, heureusement très rares; quelquefois les démangeaisons sont tellement vives qu'elles privent complétement les malades de sommeil, et, quand ces insomnies se prolongent, elles ne tardent pas à déterminer un affai-

blissement considérable, de la maigreur et des troubles de la digestion. Parmi ces troubles digestifs, nous devons signaler la gastralgie dont on a singulièrement exagéré la fréquence et la valeur séméiotique dans le lichen. En effet, M. Devergie et d'autres, frappés de la coïncidence de la gastralgie avec le lichen, ont été victimes d'une fausse induction, en rapportant à la maladie cutanée ce qui, le plus souvent, n'était que la conséquence d'un tempérament nerveux.

Le lichen est quelquefois limité à un petit espace, mais, le plus ordinairement, comme toutes les maladies dartreuses, il tend à gagner et à envahir chaque jour un nouveau terrain; il peut même occuper presque tout le corps. Toutes les régions de la peau sont susceptibles d'en être atteintes; cependant la maladie semble avoir une prédilection particulière pour certaines parties, et, en particulier, pour la partie postérieure et latérale du cou, pour la face antérieure des cuisses et des mains. C'est surtout aux mains que vous verrez ces crevasses et ces espèces de rhagades dont nous vous avons parlé. Le lichen s'observe encore assez souvent aux extrémités inférieures, aux cuisses, au dos, aux pieds et aux parties génitales où il constitue une variété importante. Il se développe rarement sur le cuir chevelu, surtout lorsque les cheveux ne sont pas tombés. Chez les sujets chauves, on observe quelquefois une éruption papuleuse qui a une certaine ressemblance avec le lichen, mais qui en diffère essentiellement.

Siége anatomique. — Quel est le siége anatomique du lichen? M. Cazenave prétend que le lichen est l'inflammation des papilles nerveuses de la peau, et il appuie son opinion sur l'existence des démangeaisons atroces que nous

avons signalées, et qui semblent annoncer une perturbation nerveuse. Mais M. Cazenave donne-t-il une preuve anatomique du fait qu'il avance? Nullement. C'est donc une pure hypothèse, qui ne repose sur aucune base solide. En effet, le lichen est-il la seule affection de la peau qui présente des démangeaisons? N'en trouvez-vous pas d'aussi vives, d'aussi tenaces dans le psoriasis, l'eczéma? De plus les données anatomiques, loin de confirmer l'opinion de M. Cazenave, se trouvent en opposition formelle avec elle. Les papilles nerveuses de la peau sont, en effet, très nombreuses dans certaines régions, à la paume de la main, par exemple, et l'on voit très rarement, pour ne pas dire jamais, du lichen dans cette région. Enfin, les papilles nerveuses de la peau affectent une forme déterminée, une disposition particulière : elles décrivent des courbes plus ou moins régulières et concentriques, et jamais on ne trouve cette disposition dans le lichen. D'ailleurs, dans le lichen il n'y a pas seulement des papules, il y a aussi de la sécheresse, de l'épaississement de la peau et de l'exagération de ses rides, qui ne s'expliquent pas, dans l'hypothèse de M. Cazenave.

Maintenant qu'avons-nous à mettre à la place de la théorie que nous venons de détruire? Rien. Cependant, si nous étions dans l'obligation d'avoir une opinion arrêtée sur le siége anatomique du lichen, nous le placerions volontiers à côté de l'eczéma qui vient si souvent le compliquer, dans les parties profondes de l'épiderme, dans le corps muqueux, et nous appuierions notre manière de voir sur la coloration brune de la peau qui existe souvent à la suite du lichen, et qui semble démontrer que cette affection siége dans la partie où se

trouve le pigment, c'est-à-dire dans le corps muqueux. Sans doute cette preuve serait insuffisante pour se prononcer, mais remarquez bien que c'est une simple hypothèse que nous faisons et que nous n'y attachons pas la moindre importance.

Comme toutes les maladies de la peau, le lichen n'est pas toujours semblable à lui-même. Donc il faut admettre des variétés, variétés qui formeront deux groupes : celles suivant l'aspect et celles suivant le siége.

VARIÉTÉS SUIVANT L'ASPECT.

Nous en reconnaîtrons quatre principales, savoir : 1° le *lichen simple*, 2° le *lichen circonscrit*, 3° le *lichen agrius* et 4° le *lichen invétéré*.

1° Lichen simple.— Le lichen simple n'est autre chose que l'affection, avec les caractères que nous venons de décrire, mais à un degré peu prononcé. La maladie se rencontre surtout au dos de la main, à la face externe des avant-bras et des cuisses et aux parties latérales du cou. Elle est caractérisée par une éruption de petites papules, de couleur rouge, réunies les unes à côté des autres ; ces papules sont peu saillantes et ont peu de tendance à s'excorier; au bout de sept ou huit jours elles s'affaissent, et sur leur sommet se développent de petites squames. Alors la peau présente une sécheresse, une rudesse et un épaississement très marqués. Les rides sont très exagérées et offrent l'aspect de ces hachures qu'on observe dans quelques dessins.

Dans cette variété, les démangeaisons sont assez vives, mais pas autant que dans les autres dont nous allons parler. Les malades éprouvent bien le besoin de se gratter et ils s'excorient légèrement, mais jamais les démangeaisons ne leur causent ces insomnies si pénibles que nous avons déjà signalées. Elles ne durent guère qu'une demi-heure ou une heure, le soir, quand le malade se couche.

Le lichen simple cède facilement au traitement : au bout d'un mois ou six semaines d'une thérapeutique convenable, on voit les papules s'affaisser et disparaître. L'épaississement diminue graduellement et la peau reprend son état naturel ; souvent la place occupée par le lichen est marquée, après la disparition de la maladie, par une légère tache pigmentaire qui peut persister assez longtemps. Il ne faut pas oublier que la récidive est très facile et très fréquente, et qu'il est toujours avantageux de continuer le traitement, plusieurs semaines encore après la guérison.

2° Lichen circonscrit. — Le lichen circonscrit est caractérisé par des plaques arrondies, à limites parfaitement arrêtées et de la grandeur d'une pièce de cinq francs au plus. Ces plaques occupent ordinairement la partie externe des avant-bras. Il est rare de n'en rencontrer qu'une seule ; ordinairement il en existe plusieurs. Elles sont couvertes de petites papules très rapprochées, au point de se toucher et de se confondre par leur base ; il résulte de cette réunion que la surface malade est hérissée d'une foule de petites aspérités. Ces éminences acuminées s'affaissent et disparaissent complétement au bout de quelques jours ; elles sont remplacées par des squames

adhérentes, dures, rugueuses, qui donnent à la peau un nouvel aspect, tout particulier, plus sec et plus hérissé que dans l'eczéma; au-dessous de ces squames on trouve toujours la peau plus ou moins épaissie.

Il n'est pas rare de voir, sur une plaque de lichen circonscrit, quelques vésicules se développer à côté des papules. Ces vésicules se rompent, forment des croûtes, en un mot se comportent absolument comme dans l'eczéma, et il existe alors un mélange d'eczéma et de lichen, mélange qu'il est plus commun de rencontrer que ne le disent les ouvrages classiques.

Enfin, nous devons mentionner une autre disposition très curieuse de lichen circonscrit, c'est la forme *circinée;* le centre de la plaque se guérit avant la périphérie, de sorte que, si l'on n'a pas assisté au début de l'affection et si on ne l'a pas suivie dans toutes ses phases, on pourrait très bien, au premier abord, la prendre pour un herpès.

3° Lichen agrius. — Le lichen agrius est le lichen aigu; souvent associé à un peu d'eczéma, il est caractérisé non par de simples papules, mais par un mélange de papules et de pustules dont le sommet excorié sécrète une sérosité susceptible de se concréter.

Cette variété débute ordinairement par une sensation de chaleur et de cuisson; la peau devient rouge, et bientôt sur cette rougeur, apparaissent des papules, assez petites d'ailleurs, mais s'excoriant promptement et sécrétant une sérosité assez abondante; au milieu de ces papules, on rencontre certainement quelques vésicules d'eczéma qui se rompent et donnent lieu à des ulcérations superficielles, laissant suinter une sérosité

concrescible. De ce mélange de vésicules et de papules résulte un état qui tient aussi bien de l'eczéma que du lichen, et qui offre une difficulté très grande de diagnostic, lorsqu'on ne veut s'appuyer que sur les lésions élémentaires. Mais ce diagnostic n'a aucune importance et il est tout à fait inutile, dans ces circonstances, de faire la part du lichen et de l'eczéma : ces deux affections existent simultanément, c'est leur mélange qui constitue le *lichen agrius*, et c'est à leur développement simultané qu'on doit attribuer l'aspect particulier de cette variété.

La marche du lichen agrius est rapide et l'amélioration survient assez promptement; mais il faut ajouter que les recrudescences sont très fréquentes : les papules reviennent, s'excorient de nouveau, et la maladie se présente avec les mêmes caractères qu'auparavant. Il y a en même temps sécheresse, rudesse et épaississement de la peau malade. Au bout d'un certain temps, toute sécrétion cesse pour faire place à de petites squames épidermiques qui sont elles-mêmes bientôt remplacées par une simple rudesse de la peau. Plus tard, cette membrane reprend enfin son état normal, mais cela n'arrive guère avant trois ou quatre mois.

4° Lichen invétéré. — Le lichen invétéré est moins caractérisé par l'éruption papuleuse que par la persistance et la ténacité des altérations du tégument externe. Il y a bien, au début, des papules, mais elles sont éphémères et les caractères spéciaux de la variété actuelle sont un épaississement et une sécheresse extrêmes de la peau et une exagération de ses rides, altérations qui ne disparaissent pas. Il faut ajouter une desquamation cutanée,

constituée par des squames épaisses qui pourraient être prises pour des squames de psoriasis. Une autre particularité de cette forme de lichen, c'est que souvent, en même temps que toutes ces lésions, on voit survenir des éruptions vésiculeuses et même pustuleuses qui se reproduisent de temps en temps. Ces vésicules et ces pustules se rompent, donnent lieu à une sécrétion de sérosité, puis disparaissent au bout de quelques jours, pour revenir bientôt après.

Le lichen invétéré est très rebelle, il se prolonge pendant des années entières, quelquefois même pendant toute la vie, avec des alternatives de bien et de mal. Les malades atteints de cette affection présentent une peau sèche, squameuse, épaisse, ridée, et qui rappelle l'aspect de la peau des vieillards.

Après l'indication des quatre variétés réelles que nous avons cru devoir admettre et conserver, nous avons encore à indiquer quelques autres variétés plus ou moins légitimes qu'on trouve signalées dans les auteurs, ce sont : le *lichen urticatus*, le *lichen gyratus*, le *lichen tropicus*, le *lichen lividus ;* nous allons indiquer brièvement les caractères qui ont fait rattacher ces affections au lichen.

LICHEN URTICATUS. — Le *lichen urticatus* n'est pas du lichen proprement dit, c'est plutôt un érythème accompagné de strophulus ou une espèce d'urticaire. Il est caractérisé par de larges plaques rouges accompagnées de démangeaisons ; souvent ces plaques disparaissent au bout de quelques heures, pour réapparaître quelque temps après, absolument comme dans l'urticaire.

LICHEN GYRATUS. — C'est une variété très peu importante fondée sur la forme spéciale de l'éruption : au lieu de former des plaques, le lichen est disposé par bandes dont la direction et l'étendue varient beaucoup.

LICHEN TROPICUS. — Nous ne ferons que mentionner cette variété. Elle ne s'observe que dans les contrées tropicales, par conséquent, elle esttout à fait étrangère aux nôtres. Ce qui la caractérise surtout, c'est la grosseur des papules : nous ne savons pas si on doit la rattacher au vrai lichen.

LICHEN LIVIDUS. — Cette variété, qui paraît également peu importante, semble due à la coïncidence d'un état cachectique et du lichen : les papules, au lieu d'être rouges, sont violacées, et il existe des phénomènes généraux d'adynamie.

Relativement au siége on a encore décrit le *lichen pilaris* et le *lichen podicis*.

LICHEN PILARIS. — On a donné ce nom à une maladie caractérisée par une multitude, de petites saillies arrondies, constituées par l'augmentation du volume des follicules pileux : les parties malades ont l'aspect que prend la peau dans cet état particulier désigné vulgairement, sous le nom de *chair de poule*. C'est à tort que cette affection a été rapportée au lichen : c'est pour nous une variété du pityriasis que nous désignons avec M. Devergie sous le nom de *pityriasis pilaris*.

LICHEN PODICIS. — Cette dernière variété de lichen,

décrite encore sous le nom de *prurigo podicis*, affecte le périnée. Elle présente rarement des papules et elle est caractérisée par un épaississement de la peau et une exagération de ses plis qui ressemble beaucoup à ces hachures de dessin dont nous avons déjà parlé; il y a en même temps des démangeaisons atroces.

On peut rapprocher de cette variété le lichen qui existe aux parties génitales de la femme. Cette affection, qui se complique fréquemment aussi d'eczéma, est très rebelle; elle se prolonge souvent pendant des années et constitue une maladie excessivement pénible.

Marche, terminaison. — Le lichen est une affection généralement très longue; une fois développée, elle présente souvent des recrudescences, et, quand elle guérit, elle récidive facilement: quelquefois, au moment où l'on croit toucher à sa fin, survient une nouvelle poussée qui la prolonge, et plusieurs poussées peuvent ainsi se succéder, avant que la peau ait repris son aspect normal et sa souplesse habituelle. La guérison peut s'obtenir cependant, mais elle n'est pas toujours solide. De plus, la peau des parties qui ont été malades conserve souvent une épaisseur et une rudesse qui n'existent pas sur les autres régions du corps; quelquefois aussi les points qui ont été affectés subissent une altération de couleur qui persiste plus ou moins longtemps: ils sont plus foncés, par suite d'une accumulation plus grande de pigment.

Diagnostic. — Le diagnostic est assez difficile à établir, surtout si on ne veut le baser que sur l'existence des papules, car elles sont difficiles à rencontrer; tantôt elles sont éphémères, tantôt elles sont dénaturées par des croûtes; d'autres fois elles sont compliquées d'autres

éruptions. Les meilleurs signes, pour reconnaître le lichen, sont donc la sécheresse et l'épaississement de la peau, ainsi que l'exagération de ses plis, altérations qui ne manquent jamais.

Les affections qui peuvent simuler le lichen sont : le prurigo, l'eczéma, le psoriasis et l'herpès circiné.

Le *prurigo* peut être distingué facilement du lichen : la première affection est caractérisée par de grosses papules irrégulièrement disséminées et dont l'extrémité est recouverte par une croûte noire de sang desséché, mais on ne rencontre pas l'épaississement et la rudesse de la peau ; dans le lichen, outre ces derniers caractères, les papules, lorsqu'elles existent encore, sont très petites, serrées les unes contre les autres, et ne sont recouvertes que d'une petite croûte grise ou verdâtre.

L'*eczéma* est en général facile à distinguer du lichen. En effet, qu'est-ce que nous avons dans le lichen ? Des papules, éminences pleines avec sécheresse et épaississement de la peau. Maintenant que trouvons-nous dans l'eczéma ? Des vésicules remplacées, quand elles se rompent, par de petites ulcérations et une sécrétion abondante de sérosité qui tache et empèse les linges et se concrète en croûtes molles, jaunes, assez épaisses. Plus tard, lorsque les lésions élémentaires ont disparu, ces deux maladies se distinguent encore : dans le lichen la peau est rude, épaisse ; dans l'eczéma, elle est lisse, mince et présente un luisant particulier. Cependant il est une variété de lichen qui se rapproche assez de l'eczéma, c'est le *lichen agrius*. Les deux maladies sont alors réunies sur le même individu, il y a un véritable mélange de vésicules et de papules, mais nous avons déjà dit que ce diagnostic n'a-

vait aucune importance pratique. On a encore donné, avec beaucoup de raison, à cette association des deux maladies, le nom d'*eczéma lichénoïde* ou de *lichen eczémateux;* il en a été question en traitant du diagnostic de l'eczéma.

Le *psoriasis* ressemble quelquefois au lichen circonscrit. Ce n'est pas dans le point même où siége la maladie qu'il faut aller chercher les signes diagnostiques, mais dans le voisinage et sur toute la surface du corps. Comme le psoriasis a son siége d'élection aux coudes et aux genoux, ce sont ces régions que vous examinerez, pour constater d'autres traces de la maladie. Si les coudes et les genoux sont sains, vous pouvez sans craindre de vous tromper diagnostiquer un lichen, et, dans le cas contraire, un psoriasis.

L'*herpès circiné* peut être confondu quelquefois avec le lichen circonscrit, et souvent il est difficile d'établir le diagnostic. Cependant il faut se rappeler que dans le lichen la forme circulaire n'est jamais aussi bien accusée que dans l'herpès, et que dans cette dernière affection les squames sont bien plus molles, bien moins épaisses et que le cercle a une grande tendance à gagner promptement en étendue. A défaut de ces signes, on peut en invoquer un autre : dans l'herpès circiné, qui est une maladie parasitaire, il y a un parasite végétal, un cryptogame que le microscope vous fera découvrir facilement.

Un dernier mot pour terminer ce qui se rapporte au diagnostic du lichen. On a cherché à établir le diagnostic du lichen et de la gale. Disons tout de suite que la question a été mal posée : il ne s'agit pas en effet de

reconnaître ces deux maladies isolément, mais de s'assurer si elles n'existent pas en même temps chez le même individu ; par conséquent, au lieu de tenter, comme on l'a fait, d'établir un diagnostic différentiel de ces deux affections, vous devez examiner si, en même temps que le lichen, il n'existe pas quelques caractères de la gale (prurigo, ecthyma, eczéma du sein chez la femme), et surtout rechercher avec soin le sillon et son acarus à leur lieu d'élection.

Pronostic. — Le lichen n'est pas une maladie dangereuse, mais sa ténacité, les demangeaisons atroces qu'il occasionne et les insomnies pénibles, qui en sont la conséquence, rendent quelquefois l'existence bien triste aux malades atteints de cette affection. Nous avons dit que le lichen pouvait guérir, mais nous avons signalé en même temps la facilité et la rapidité de ces récidives surtout dans les formes invétérées.

Étiologie. — Dans l'étiologie nous distinguons les causes prédisposantes et les causes occasionnelles.

Causes prédisposantes. — On observe le lichen à tous les âges ; les deux sexes y sont également prédisposés ; quant au tempérament, il a une influence incontestable ; ainsi on a dit, avec raison, que le lichen était la dartre du tempérament nerveux. En effet, cette maladie se développe surtout chez les individus secs, à tempérament nerveux ; nous ne voulons pas dire pour cela que les autres tempéraments en soient complétement exempts, mais ils sont certainement moins exposés que le premier. C'est peut-être une des raisons qui ont engagé M. Cazenave, mais à tort, comme nous l'avons dit, à placer le siége de cette maladie dans la partie nerveuse de la peau.

Il faut encore noter, comme ayant une grande influence sur l'éruption, les saisons : c'est principalement aux changements de saisons, à l'automne et au printemps, que l'on voit le lichen se manifester ou récidiver ; il paraît plus commun en hiver qu'en été, souvent il commence et cesse avec les froids.

L'hérédité est encore une cause de lichen : bien des fois vous trouverez chez les ascendants, sinon un lichen, au moins un eczéma, un psoriasis. Enfin, certaines professions exposent davantage que d'autres à cette affection, pourvu, bien entendu, que la diathèse existe à l'état latent : ces professions sont toutes celles qui exposent au contact de substances irritantes.

Causes occasionnelles. — Les causes qui déterminent le réveil de la diathèse et son explosion cutanée sont à peu près les mêmes que celles de l'eczéma : excès de table et de boisson, nourriture trop excitante, chagrin, émotions morales vives ; refroidissement, le corps étant en transpiration ; contact des substances chimiques irritantes.

Le lichen est-il contagieux? Certains auteurs et, à leur tête, M. Devergie, admettent cette contagion. Mais, malgré une autorité aussi imposante, tous les faits qui ont été soumis à notre observation nous font rejeter cette opinion. Chaque jour, en effet, nous voyons des individus sains coucher avec des individus atteints de lichen, sans jamais contracter la maladie, et nous sommes contraint d'expliquer les faits cités en faveur de la contagion par une erreur de diagnostic.

Traitement. — Au commencement de la maladie, il faut employer un traitement préparatoire : les émollients généraux et locaux ; il faut calmer la susceptibilité de la peau,

à l'aide de bains tièdes, rendus émollients par l'addition de farine, de son ou d'amidon. Pendant quelques jours, on fait prendre au malade des boissons rafraîchissantes, acidulées et mucilagineuses. Dans le *lichen agrius* il faut de bonne heure employer les cataplasmes de fécule de pomme de terre ou de farine de riz ; enfin, après quelques jours de préparation, on arrivera au véritable traitement ; c'est-à-dire on cherchera à produire une modification de l'économie et de la peau : de là deux ordres de moyens, les remèdes généraux et les remèdes locaux.

Biett attribuait dans le lichen une vertu très grande aux alcalins administrés à l'intérieur et à l'extérieur. A l'intérieur il faisait boire une solution de 2, 3, 4 ou 6 grammes de sous-carbonate de soude par jour; comme traitement externe, il faisait prendre des bains alcalins presque tous les jours. Ce traitement par les alcalins préconisé par Biett a été employé par M. Cazenave, et l'est encore par M. Devergie, surtout à cause des idées que ce médecin professe, touchant la gastralgie concomitante du lichen. Nous avons aussi eu recours à ce traitement, et il nous a bien réussi quelquefois, dans quelques variétés, particulièrement dans le *lichen simple;* mais dans le lichen invétéré, il a complétement échoué entre nos mains. Du reste, nous attachons bien peu d'importance aux alcalins donnés à l'intérieur et nous avons plus de confiance aux bains alcalins, alternant avec les bains de vâpeur ; les uns et les autres modifient localement la peau. Nous y joignons ordinairement l'usage d'une tisane amère. Ces moyens nous ont réussi, dans quelques cas de lichen simple et circonscrit, mais il faut qu'ils soient prolongés pendant longtemps, même après la disparition de l'éruption.

Cependant ce traitement n'est pas toujours suffisant ; le plus souvent, surtout dans la forme invétérée, il faut arriver à une autre indication. M. Cazenave, d'après ses idées théoriques sur le siége anatomique de la maladie, conseille les narcotico-âcres à l'intérieur ; mais remarquez qu'en même temps que la belladone, la jusquiame et le datura stramonium, il emploie aussi les bains alcalins et les bains de vapeur. Les préparations narcotiques ne nous ont jamais réussi dans la forme du lichen invétéré ; ils peuvent néanmoins être des auxiliaires très utiles, lorsqu'il existe des insomnies.

Dans le cas de lichen invétéré, il faut recourir aux modificateurs profonds de l'économie. Ces modificateurs sont les préparations arsenicales et la teinture de cantharides.

Les préparations arsenicales que nous employons habituellement consistent dans une solution faite d'après la formule suivante :

Eau distillée....................	250 grammes.
Acide arsénieux ou arséniate de soude..	0,05 ou 0,010 centigr.

On donne une cuillerée à bouche de cette solution tous les jours, et, au bout de quelques jours, on peut porter la dose à deux cuillerées ; on joint à cela les bains alcalins et les bains de vapeur. Ce traitement doit être continué pendant longtemps, trois ou six mois, suivant le degré de la maladie.

La teinture de cantharides se donne à la dose de quatre gouttes en commençant, deux le matin et deux le soir, dans un julep ou un verre d'eau ou de tisane ; la dose peut être augmentée graduellement et portée jusqu'à 20,

25 ou 30 gouttes par jour. Mais il peut survenir, du côté de la vessie, des accidents qui se manifestent par de l'ardeur et de la sensibilité en urinant ; il faut alors suspendre le traitement, sans attendre la présence du sang dans les urines. M. Devergie préfère la teinture de cantharides aux préparations arsenicales ; notre expérience personnelle n'est pas d'accord avec les résultats obtenus par notre savant collègue.

L'action de ces modificateurs de l'économie doit être aidée par la diététique des maladies dartreuses, qui est peut-être elle-même le modificateur le plus puissant.

Les moyens locaux qu'on emploie dans le lichen ont principalement pour but de calmer les démangeaisons. On a quelquefois réussi avec des lotions d'eau blanche ; on a conseillé le cyanure de potassium, en pommade, d'après la formule suivante :

Axonge.............	30 grammes.
Cyanure de potassium..	0,5 ou 0,10 centigr.

On a encore employé dans le lichen circonscrit les pommades d'oxyde de zinc et de camphre :

Axonge.............	30 grammes.
Oxyde de zinc........	4 ou 8 —
Camphre...........	2 ou 4 —

Cette pommade s'emploie matin et soir.

Dans le *lichen agrius* on se sert quelquefois de la pommade faite avec du calomel et du tannin :

Axonge.............	30 grammes.
Calomel............	1 —
Tannin.............	2 ou 3 —

Enfin, nous devons aussi mentionner les cautérisations avec le nitrate d'argent, dans quelques cas de lichen circonscrit.

Comme complément du traitement du lichen, nous devons encore indiquer quelques eaux minérales. Les eaux qu'on emploie ordinairement sont les eaux alcalines et les eaux sulfuro-alcalines. Les eaux alcalines sont les eaux de Vichy et de Plombières, utiles surtout dans le lichen compliqué de gastralgie. Les eaux sulfuro-alcalines sont celles de Saint-Gervais, d'Uriage et des Pyrénées ; mais, parmi ces dernières, il en est quelques-unes que l'on doit préférer aux autres, telles sont celles de Saint-Sauveur, dans le lichen invétéré. Dans le *lichen agrius*, avec récidive fréquente, les eaux de Louesche peuvent également rendre de grands services.

VII

DU PSORIASIS

Après l'eczéma, la maladie dartreuse la plus commune est, sans contredit, le *psoriasis*. Cette affection paraît être la maladie désignée par les Grecs sous le nom de Ψωρα. Alibert l'appelait *dartre lichénoïde* ou *herpes furfurans;* dans le vulgaire, on lui donne le nom de *dartre sèche*. Dans la classification anatomique de MM. Cazenave, Devergie et Gibert, elle est rangée dans la classe des affections squameuses; dans notre classification, elle appartient aux dartres dont elle a tous les caractères.

Définition. — Le psoriasis est une maladie cutanée, caractérisée par des squames blanches, argentées, épaisses, imbriquées les unes sur les autres, très adhérentes à la peau et recouvrant une surface épaissie, saillante, et d'un rouge très foncé, qui rappelle un peu la couleur cuivrée spéciale des syphilides.

Le siége anatomique du psoriasis est, sans contestation, dans l'épiderme qui devient épais et squameux, et, pour le dire en passant, on doit faire une grande différence entre l'exfoliation épidermique de quelques exanthèmes et l'état squameux du psoriasis et des dartres en général. Dans cette desquamation, en effet, il y a une sécrétion vicieuse de l'épiderme qui n'est pas viable : les squames

se succèdent indéfiniment jusqu'à ce qu'il se forme une couche épidermique normale et jouissant de toutes ses propriétés physiologiques. Dans les exanthèmes, au contraire (rougeole, scarlatine, érysipèle, etc.), il n'y a pas de desquamation proprement dite, il y a simple exfoliation : l'épiderme qui existait, au moment de la maladie, se détache et tombe, et il est remplacé par une nouvelle couche parfaitement saine et tout à fait apte à remplir ses fonctions.

Symptômes. — Le psoriasis se présente sous la forme de points ou de plaques plus ou moins étendus, avec des variétés de configuration très nombreuses. Ces plaques saillantes au-dessus du niveau de la peau, sont rouges et couvertes de squames imbriquées les unes sur les autres. Ce qui fait le caractère particulier et spécial de ces squames, c'est leur couleur blanche, argentée et luisante; quelquefois elles ont une teinte grisâtre due à la présence d'un peu de poussière qui se trouve mélangée avec elles; elles ressemblent à des plaques de plâtre ou à des taches de bougie. En général elles sont très adhérentes à la peau, et on les fait tomber avec difficulté, souvent même il faut un certain effort pour les arracher, et quelquefois cette avulsion donne lieu à la sortie de quelques gouttes de sang. Remarquez cependant que cette adhérence n'est pas toujours aussi grande. On voit souvent les couches les plus superficielles se détacher et tomber dans le lit du malade, en quantité considérable.

La partie sur laquelle reposent les squames mérite aussi de fixer notre attention. Nous avons déjà parlé de sa saillie, au-dessus de la peau, et de sa coloration rouge. Cette rougeur n'est pas toujours visible, parce qu'elle est

assez souvent masquée par les squames, cependant elle peut encore se constater quelquefois, grâce à la transparence de quelques squames encore très minces ou bien aux fentes qu'elles présentent, quand elles sont très épaisses ; mais elle est très apparente, quand les squames sont détachées. Ce n'est pas une rougeur inflammatoire, vive, franche, mais c'est une rougeur sombre, cuivrée, qui rappelle, comme nous l'avons déjà dit, la teinte cuivrée des syphilides. Dans certains cas, la ressemblance est encore rendue plus grande par l'aspect luisant que présente cette surface rouge, dépourvue de squames.

En même temps qu'il existe des squames et de la rougeur, il y a dans le psoriasis un épaississement parfois considérable de la peau, épaississement qui est très marqué, surtout dans le psoriasis ancien et qui a récidivé plusieurs fois ; c'est alors que l'on voit survenir des gerçures, des fentes, de véritables rhagades analogues à celles du lichen. Ces altérations s'observent particulièremeut au niveau des articulations.

Outre cette apparence spéciale de la peau et à côté de ces signes tangibles (squames, rougeur, épaississement de la peau, gerçures, fentes, etc.), nous devons encore signaler d'autres phénomènes pathologiques qui sont : de la cuisson et des démangeaisons plus ou moins vives, quelquefois assez intenses pour empêcher les malades de dormir. Sur ce point, nous sommes en opposition formelle avec l'opinion de M. Devergie, qui nie, d'une manière absolue, l'existence de démangeaisons dans le psoriasis, et ne l'admet que dans le psoriasis compliqué d'herpès ou d'eczéma, et qui va même jusqu'à donner l'absence de ce symptôme comme signe diagnostique du psoriasis. Assu-

rément, il est difficile de comprendre comment une pareille erreur a pu être commise et défendue par un observateur aussi distingué que M. Devergie ; chaque jour les faits viennent infirmer cette manière de voir. Interrogez les malades qui sont actuellement dans nos salles, et il n'en est pas un qui ne vous dise qu'il a ou qu'il a eu des démangeaisons. Sans doute elles varient d'intensité, suivant les individus ; elles peuvent quelquefois n'être pas très prononcées, mais elles existent toujours, à quelque degré que ce soit.

Suivant le siége qu'occupe le psoriasis et la partie du corps qu'il affecte, il peut y avoir gêne dans certaines fonctions, comme dans le mouvement de la main et la préhension des objets, les mouvements du pied et la marche, quand la maladie occupe les régions palmaires ou plantaires.

Avec le psoriasis il est ordinaire de rencontrer une santé parfaite, un accomplissement régulier de toutes les fonctions. Tout le monde sait, en effet, que le psoriasis est la dartre des personnes bien portantes, et que cette affection se développe surtout chez les sujets à tempérament sanguin, à constitution forte et vigoureuse, ayant tous les attributs d'une excellente santé. Cependant cette règle présente quelques exceptions : lorsque la maladie dure depuis longtemps et qu'elle atteint les personnes d'un certain âge, on remarque quelques troubles des fonctions digestives, les vieillards maigrissent, leur peau se sèche de plus en plus et semble se raccornir, pour me servir d'une expression vulgaire, mais qui rend parfaitement ma pensée ; il en résulte une faiblesse extrême et un défaut complet de résistance aux influences morbides

extérieures ; aussi, survienne une maladie intercurrente un peu grave, presque toujours elle se termine d'une manière fatale.

Le psoriasis peut occuper tous les points du corps, mais il a une prédilection très marquée pour certaines régions, particulièrement les genoux et les coudes ; c'est par là qu'il débute ordinairement, pour rayonner ensuite dans tous les sens et s'étendre aux différentes parties du corps. Il est très rare de voir du psoriasis sur d'autres points, sans qu'il en existe en même temps aux genoux et aux coudes, tandis qu'il est commun de voir, au début, la maladie limitée exclusivement à ces deux régions et les autres parties du corps en être complétement exemptes.

Marche. — Le psoriasis est essentiellement chronique ; il dure des mois, des années, et quelquefois même toute la vie. Sous l'influence d'un traitement convenable, du régime ou d'une circonstance inattendue, vous pouvez voir la maladie disparaître en très peu de temps, sans laisser aucune trace, mais gardez-vous bien d'entretenir vos malades dans la consolante, mais trompeuse espérance qu'ils sont complétement guéris : ordinairement l'absence du mal n'est pas de longue durée. Et, au bout de très peu de temps, après un petit écart de régime, un excès de boisson, une fatigue, souvent sans aucune cause appréciable, vous le voyez revenir plus intense qu'auparavant. Les récidives sont très fréquentes, elles sont pour ainsi dire fatales, et par conséquent très difficiles à prévenir. C'est une des maladies cutanées qui récidivent le plus constamment ; la guérison peut se prolonger quelque temps, deux, trois, six, huit et même, dans quelques cas rares, dix ans ; mais jusqu'ici nous n'avons pas encore vu

un seul cas de psoriasis guérir complétement, c'est-à-dire sans récidive.

M. Devergie admet un psoriasis aigu, mais aigu seulement par son début, car, comme le dit lui-même ce médecin : « Le psoriasis aigu est une maladie rebelle et qui dure très longtemps. » Ainsi, comme vous voyez, la différence que M. Devergie vient apporter ici existe plutôt dans les mots que dans le fond même des choses.

Le psoriasis est une maladie qui n'est pas toujours la même, et qui, pour cette raison, présente un grand nombre de variétés que nous rattachons à deux chefs principaux :

1° Variétés suivant la forme; 2° variétés suivant le siége.

I. *Variétés suivant la forme.* — Sous ce rapport nous admettons quatre variétés qui sont :

1° *Psoriasis guttata ;*

2° *Psoriasis circiné* ou *lèpre vulgaire ;*

3° *Psoriasis gyrata;*

4° *Psoriasis diffusa.*

Psoriasis guttata. — Le *psoriasis guttata* est caractérisé par des taches blanches, arrondies, saillantes au-dessus de la peau, ressemblant parfaitement à des taches de bougie. Leur dimension varie entre celle d'une pièce de vingt centimes et celle d'un franc ; cette forme est ordinairement celle que la maladie revêt à son début, lorsqu'elle apparaît pour la première fois. Le *psoriasis guttata* affecte surtout les membres, le dos et le ventre. Il se présente d'abord aux genoux et aux coudes. Il offre deux

formes secondaires : lorsque les gouttes sont très petites, de la grosseur d'une tête d'épingle par exemple, M. Devergie a proposé de l'appeler *psoriasis punctata;* lorsqu'elles sont plus volumineuses, parfaitement arrondies et qu'elles ressemblent à une pièce de monnaie, elles constituent une seconde forme désignée encore par M. Devergie sous le nom de *psoriasis nummulaire.*

PSORIASIS CIRCINÉ OU LÈPRE VULGAIRE. — Cette seconde variété se présente sous forme de cercles parfaitement sains au centre, et dont la circonférence est constituée par une saillie rouge, légèrement bosselée, de la largeur d'un centimètre et recouverte de squames caractéristiques.

Le caractère fondamental de cette variété de psoriasis est donc sa disposition circulaire; mais cette disposition n'est pas toujours la même, elle présente des modifications : tantôt les plaques décrivent des cercles parfaitement réguliers, tantôt des cercles incomplets, des segments de cercles, d'autres fois des 8 de chiffre; ailleurs elles forment un fer à cheval; dans certains cas, elles sont irrégulières et figurent des dessins géographiques. Il y a quelques années, nous avons eu dans nos salles un malade dont nous avons déjà parlé dans nos cours, et qui était très curieux sous ce rapport; il avait, parfaitement dessinée sur son dos, la carte de la Grande-Bretagne, avec l'Écosse au nord et l'Angleterre au bas. Biett et MM. Cazenave et Devergie, ses disciples, ont voulu faire de cette variété une espèce particulière. Évidemment ces auteurs s'en sont laissé imposer par la forme et l'apparence extérieure.

Pour démontrer que la lèpre vulgaire n'est pas autre chose qu'un psoriasis, nous ne voulons pas d'autre preuve que son mode de formation; quelquefois, en effet, les anneaux de la lèpre vulgaire succèdent au psoriasis nummulaire dont la partie centrale se guérit, tandis que la circonférence reste malade; d'autres fois ce sont de petites plaques de *psoriasis guttata* qui sont venues se juxtaposer circulairement, en circonscrivant une partie de peau restée parfaitement saine; de plus le psoriasis et la lèpre vulgaire se développent sous l'influence des mêmes causes, coïncident souvent, succèdent, dans un grand nombre de cas, l'un à l'autre et réclament le même traitement. Ils constituent donc une seule et même maladie. Seulement la lèpre vulgaire, outre sa forme spéciale, présente cette autre particularité qu'elle est moins tenace et moins rebelle aux moyens thérapeutiques que le psoriasis ordinaire : c'est une affection moins grave, moins invétérée. Nous avons vu souvent des malades atteints d'abord de lèpre vulgaire qui plus tard étaient affectés de psoriasis ordinaire.

Psoriasis gyrata. — Dans le *psoriasis gyrata*, il y a des plaques; mais, au lieu d'être arrondies et nummulaires, elles sont disposées sous forme de cordons rouges, saillants et squameux, figurant des lignes droites ou décrivant des sinuosités capricieuses et irrégulièrement contournées sur les membres, ou autour du corps qu'elles semblent entourer d'une véritable ceinture.

Psoriasis diffusa. — Le *psoriasis diffusa* est caractérisé par de larges plaques très irrégulières, ne présentant

aucune des formes que nous venons de décrire; ces plaques existent sur les membres, sur le tronc, quelquefois sur toute la surface du corps; d'autres fois elles se réunissent plusieurs ensemble et entourent la plus grande partie du membre. C'est la forme de psoriasis la plus grave; c'est elle surtout qui présente ces fentes, ces gerçures et ces rhagades que nous avons déjà signalées.

II. Après les variétés de psoriasis suivant la forme, nous devons placer celles suivant le siége. Sous ce rapport nous avons : le *psoriasis communis*, le *psoriasis capitis*, le *psoriasis de la face*, le *psoriasis des paupières*, le *psoriasis palmaria* et *plantaria*, le *psoriasis unguium*, le *psoriasis præputialis*, le *psoriasis général*.

Psoriasis communis. — Le psoriasis ordinaire affecte tout le corps; cependant il y a quelques points qu'il affectionne spécialement : ce sont les genoux et les coudes, et souvent, dans le début, la maladie est limitée à ces deux régions.

Psoriasis capitis. — Cette variété occupe particulièrement la tête ; elle se présente sous forme de plaques squameuses, plâtreuses, plus sèches que dans le psoriasis des autres régions. Les cheveux se dessèchent et tombent, entraînant une grande quantité de furfures poudreuses; mais, les follicules pileux n'étant pas malades, ils repoussent après la guérison, comme s'ils n'avaient subi aucune altération, et le cuir chevelu reprend son aspect normal. Le *psoriasis capitis* n'occupe pas seulement le cuir chevelu et la racine des cheveux, il s'étend encore sur le front;

mais il est rarement limité à ces seules régions : en général, il existe du psoriasis sur d'autres parties du corps, à la face surtout.

PSORIASIS DE LA FACE. — Le psoriasis de la face s'observe très souvent, quoi qu'en aient dit certains auteurs ; mais les squames sont généralement moins développées que dans les autres régions du corps ; elles simulent le pityriasis.

PSORIASIS DES PAUPIÈRES. — Le psoriasis des paupières a le même caractère et le même aspect que la forme précédente ; seulement il donne à ces voiles membraneux de la roideur, et peut amener leur renversement et un véritable ectropion, et déterminer un épiphora fort incommode.

PSORIASIS PALMARIA ET PLANTARIA. — Cette variété est la plus importante ; elle siége ordinairement dans la paume des mains et à la plante des pieds, mais elle peut affecter toute la main et tout le pied. Les parties malades sont recouvertes de squames plus ou moins épaisses et assez larges ; elles présentent des fentes et des fissures profondes, au fond desquelles on aperçoit une surface rouge de laquelle s'écoule de la sérosité qui vient se concréter en croûtes à la superficie. L'épiderme a acquis une épaisseur et une rudesse considérables ; il en résulte une gêne très grande dans les mouvements : nous avons vu des malades qu'on était obligé de faire manger, d'autres qui étaient condamnés à un repos absolu par la difficulté extrême

dans les mouvements des pieds, et par l'impossibilité de la marche.

Cette forme est très rebelle. Quand elle existe seule, elle est un symptôme presque certain de la syphilis.

Psoriasis unguium. — A côté du *psoriasis palmaria* et *plantaria*, nous devons placer le *psoriasis unguium* ou psoriasis des ongles. Cette variété existe quelquefois seule, et alors elle est très souvent méconnue ; le plus ordinairement elle coïncide avec la précédente. Le *psoriasis unguium* est caractérisé par des rainures profondes des ongles, donnant à ces organes un aspect très inégal ; souvent l'ongle tombe et est remplacé par une croûte écailleuse qui finit elle-même par se détacher aussi, mais, si l'on a eu recours à un traitement convenable, l'ongle repousse d'une façon toute naturelle.

Psoriasis præputialis. — Le *psoriasis præputialis* est cette forme de la maladie qui se développe sur la verge et occupe non-seulement le prépuce, mais aussi le gland tout entier. Cette variété est caractérisée par des squames assez molles, séparées par des fissures profondes ; elle rend l'érection douloureuse et souvent impossible ; elle est également un grand obstacle dans l'acte du coït.

Psoriasis général. — Enfin le psoriasis peut gagner toute la surface du corps et on a le psoriasis général ; du reste c'est une forme très rare. Elle est caractérisée par des squames peu épaisses, peu adhérentes et non imbriquées. Ces squames recouvrent une peau rouge, tendue, pas très épaisse et présentant des rides qui ressemblent aux

hachures de certains dessins, quelquefois même on peut se demander si c'est un psoriasis ou un *pityriasis rubra*.

Enfin, suivant l'intensité de la maladie, on a encore admis une autre variété de psoriasis, c'est le *psoriasis inveterata;* variété malheureusement trop commune et dont le nom seul rappelle le principal caractère ; toute la peau est épaissie et indurée ; elle présente des fentes, des gerçures dans tous les sens; les squames qui la recouvrent sont épaisses et rudes. Cet état rend les mouvements très douloureux et donne au corps des malades l'aspect de ces vieux arbres dont l'écorce est couverte de lichen.

Diagnostic. — Le diagnostic absolu du psoriasis est assez facile ; il repose sur l'existence de squames blanches, nacrées, argentées, épaisses et imbriquées, sèches ; sur la rougeur cuivrée, la sécheresse et l'épaississement de la peau qui constituent ses caractères fondamentaux. Cependant, dans quelques cas, d'autres maladies peuvent simuler le psoriasis. Ces maladies sont : l'eczéma, le pityriasis, le lichen, l'herpès circiné.

L'eczéma ne pourrait être confondu avec le psoriasis que dans certains cas particuliers, lorsqu'il est arrivé à sa seconde période, à la période squameuse, et qu'il a la forme lichénoïde, mais d'abord les antécédents viennent éclairer le diagnostic : au début de la maladie, il y a eu une sécrétion humide, et puis dans l'eczéma les squames ne sont jamais épaisses, blanches et adhérentes, comme dans le psoriasis ; elles sont plus molles, s'enlèvent assez facilement sous forme de pelures d'oignon. Enfin, il faudra tenir compte aussi du siége de la maladie, sa présence aux coudes et aux genoux sera une grande présomption en faveur du psoriasis.

Il est quelquefois difficile de distinguer le lichen du psoriasis : certaines formes de lichen circonscrit ressemblent assez au psoriasis nummulaire. Cependant dans le lichen les squames sont plus fines, plus minces, moins blanches et moins imbriquées, et, de plus, la maladie a un siége différent que le psoriasis qui a, comme nous l'avons déjà dit, un siége de prédilection très marquée.

Le pityriasis a quelque ressemblance avec le psoriasis : tous deux s'accompagnent d'une sécheresse très prononcée de la peau; l'épaississement de cette membrane s'observe aussi quelquefois dans le pityriasis, surtout le pityriasis des mains, néanmoins jamais cet épaississement de la peau n'est aussi marqué que dans le psoriasis, les squames ne sont point superposées et imbriquées, comme dans cette affection; elles sont plus minces et plus fines ; d'ailleurs, examinez les genoux et les coudes et presque toujours, dans le cas de psoriasis, vous trouverez des plaques bien mieux accusées, bien plus caractéristiques, qui ont été le point de départ de la maladie.

On a dit que la couleur cuivrée de la peau dans le psoriasis pouvait en imposer et faire croire à une affection syphilitique, généralement l'erreur ne sera commise que par un médecin inattentif et n'ayant aucune habitude des affections cutanées; il suffit, en effet, d'interroger les antécédents et l'état actuel du malade pour lever tous les doutes. Une circonstance cependant peut rendre le diagnostic plus difficile ou du moins vous forcer à suspendre votre jugement pendant quelque temps, c'est lorsque le psoriasis occupe la paume des mains ou la plante des pieds. Vous avez encore ici à tenir compte des antécédents et des phénomènes concomitants de la maladie. De

plus, l'existence isolée ou non du psoriasis dans la paume des mains ou à la plante des pieds ajoutera encore quelques probabilités à celles que vous posséderez déjà sur la nature du mal. Supposons enfin que tous ces éléments de diagnostic vous manquent, vous aurez dans la médication un criterium infaillible.

Au premier abord, on pourrait hésiter, dans certains cas, entre un herpès circiné et la lèpre vulgaire ; cependant la forme et les caractères des squames et l'aspect du fond, sur lequel elles reposent, diffèrent tellement dans les deux affections qu'il sera le plus souvent inutile de recourir à un examen microscopique qui ferait cesser toute espèce de doute.

Pronostic. — Le psoriasis n'est pas très grave, en ce sens qu'il ne compromet pas immédiatement la santé, mais c'est une maladie rendue sérieuse par son opiniâtreté et par la fatalité de ses récidives ; sous ce rapport, le psoriasis occupe le premier rang parmi les affections dartreuses ; il passe avant l'eczéma et le pityriasis. Nous avons vu aussi que, lorsqu'il se prolongeait longtemps et qu'il prenait, pour ainsi dire, droit de domicile chez les vieillards, il pouvait devenir très grave et même compromettre la vie, au moins d'une manière indirecte, en rendant les malades beaucoup plus accessibles aux influences morbides, et impuissants à résister aux affections intercurrentes.

Étiologie. — Nous divisons encore les causes en causes prédisposantes et causes occasionnelles. Les causes prédisposantes sont : le sexe masculin, le tempérament sanguin, l'âge adulte et la jeunesse ; mais nous vous ferons remarquer que la prédisposition du sexe et de l'âge n'est

qu'une conséquence de la prédilection du psoriasis pour le tempérament sanguin. On sait, en effet, que le psoriasis est la dartre de ce tempérament, comme le lichen est celle du tempérament nerveux, et l'eczéma celle du tempérament lymphatique. Or le tempérament sanguin se rencontre surtout chez l'homme à l'époque de la jeunesse et de l'adolescence ; il en résulte que ces deux conditions favorisent le développement de cette maladie.

Ordinairement le psoriasis fait sa première apparition entre quinze et vingt-cinq ans. Il est rare de l'observer chez l'enfant et de le voir se développer, pour la première fois, après quarante ans. Cependant nous avons vu quelques malades qui ont présenté ces exceptions.

Une autre prédisposition que nous devons encore mentionner, c'est l'hérédité. Assez souvent, en effet, on voit le psoriasis chez des sujets dont le père ou la mère ou les grands parents en ont été atteints. Quelquefois les parents n'en ont jamais eu, mais ils ont présenté de l'eczéma, d'autres fois du lichen. Évidemment ces faits prouvent l'identité de nature de ces trois affections, et viennent légitimer le rang que nous leur avons donné dans la nosologie cutanée et la manière dont nous les avons considérées.

Parmi les causes accidentelles ou occasionnelles du psoriasis, nous placerons les excès de table, de boisson, une nourriture trop azotée et trop substantielle, l'usage de liqueurs, du café, les fatigues, les veilles, les émotions morales vives. Il y a deux ans, nous avons eu dans nos salles un malade qui fut atteint de psoriasis pour la première fois, à l'âge de quarante-sept ans, après une frayeur vive qu'il éprouva en tombant dans l'eau.

Traitement. — Le traitement du psoriaris comprend deux ordres de moyens : des moyens locaux et des moyens généraux.

Traitement local. — En tête des moyens locaux, nous plaçons les bains (bains de vapeur, bains alcal:ns, bains sulfureux), puis viennent les pommades et les huiles excitantes.

Parmi les pommades, nous vous indiquerons la pommade soufrée, d'après la formule suivante :

Axonge....................	30 grammes.
Soufre sublimé.............	2, 3 on 4 —

Cette pommade a réussi quelquefois, mais rarement. On a encore employé des pommades mercurielles, soit l'onguent mercuriel simple, soit la pommade avec le proto-iodure de mercure, composée ainsi :

Axonge....................	30. grammes.
Proto-iodure d'hydrargyre....	1 ou 2 —

Mais cette pommade a un grave inconvénient, c'est qu'elle peut déterminer la salivation, quand les squames sont tombées, l'absorption pouvant se faire avec une plus grande rapidité. Le traitement local par la pommade au proto-iodure est presque complétement abandonné maintenant : les autres pommades ont des résultats aussi satisfaisants, sans exposer aux mêmes dangers.

Parmi ces dernières, il faut placer la pommade au goudron dont on proportionne l'activité à la susceptibilité des malades, en formulant, soit au 1/10, soit au 1/4, soit au 1/3. Voici ces diverses formules :

Axonge...................	30 grammes.
Goudron.................	3 —

au quart :

Axonge...................	30 grammes.
Goudron.................	7gr,50

au tiers :

Axonge...................	30 grammes.
Goudron.................	10 —

Quelquefois, quand la susceptibilité de la peau le permet, on emploie le goudron pur ; mais, de toutes les formules, celle au quart est le plus fréquemment employée. Enfin, comme traitement local, il est un autre moyen, celui, du reste, que nous employons de préférence : c'est le traitement avec l'huile de cade ou l'huile de genévrier qu'on employait communément dans le Midi, contre les affections cutanées et dans la médecine vétérinaire, et dont l'usage est maintenant répandu partout et à juste titre.

Tels sont les moyens locaux mis en usage dans le traitement du psoriasis ; ils sont d'une importance extrême et réussissent souvent seuls, car on a vu des psoriasis très intenses céder à leur emploi, au bout de quelques semaines. Cependant il faut avouer que, si l'on se borne à l'emploi de ces seuls moyens, la maladie revient plus vite, et que la récidive est d'autant plus éloignée qu'on a employé pendant plus longtemps les moyens généraux. Il est donc de toute utilité, pour prévenir, autant que possible, le retour de l'affection, d'associer au traitement externe des moyens généraux, c'est-à-dire des préparations internes.

Parmi les moyens généraux ordinairement mis en usage, nous trouvons les purgatifs qui ne nous ont pas paru avoir une action bien marquée : les modificateurs généraux les plus répandus, et avec raison, sont les préparations arsenicales et les cantharides. Les préparations arsenicales sont données sous différentes formes : les pilules asiatiques, la solution de Pearson à la dose de 1, 2, 3 grammes, la solution de Fowler depuis 3 jusqu'à 12 gouttes. Cependant, à toutes ces préparations, dont la formule est toute faite et qu'on n'a besoin que d'ordonner, nous préférons la préparation suivante, parce qu'en l'employant on sait mieux ce que l'on fait et on peut plus facilement graduer les doses :

Eau distillée........................	250 grammes.
Acide arsénieux ou arséniate de soude.....	de 0gr,05 à 0,gr,10

On peut en donner d'abord une, puis deux cuillerées à bouche par jour. Toutes ces préparations doivent être prescrites avec beaucoup de prudence, car elles peuvent donner lieu à des accidents, ce dont on est averti par une sensation de constriction à la gorge et de douleur à l'estomac, et la perte de l'appétit. Il faut alors suspendre le médicament et donner pendant quelques jours de la tisane de gomme seulement.

A côté des préparations arsenicales, nous devons placer la teinture de cantharides qui jouit également d'une grande efficacité. Comme pour les préparations précédentes, l'administration de ce médicamont doit être surveillée avec beaucoup de soin : il peut en effet déterminer des accidents du côté des organes génito-urinaires. Aussi doit-on s'empresser de le suspendre, aussitôt qu'on

remarque de l'ardeur en urinant ou des érections douloureuses ; on le reprend au bout de dix ou quinze jours. Cette préparation se donne dans un julep, dans un verre d'eau sucrée ou de tisane, à la dose de 3 ou 4 gouttes par jour, puis on augmente d'une goutte tous les jours, jusqu'à 30 ou 40 gouttes.

Après tous ces modificateurs généraux habituellement employés, je dois vous en signaler un autre, dont le hasard m'a fait découvrir l'efficacité dans l'affection qui nous occupe, nous voulons parler du copahu. Un malade de nos salles atteint de psoriasis avait en même temps une blennorrhagie, je lui administrai du copahu contre cette dernière affection ; mais je fus tout étonné de voir la maladie cutanée disparaître en même temps que l'écoulement se tarissait. Mis sur la voie par ce premier fait, je renouvelai cet essai, et très souvent j'en ai obtenu des résultats très prompts et très avantageux ; je le donne à la dose de 4 ou 6 grammes par jour, sous forme d'opiat. On le mélange avec égale quantité de magnésie.

Maintenant, quel que soit le moyen général que vous employiez, rappelez-vous qu'il est la partie la plus importante du traitement., qu'à lui seul il peut suffire, et qu'il aura une efficacité d'autant plus durable qu'il sera prolongé davantage.

Outre ces deux ordres de moyens, nous devons mentionner la diététique, si importante dans le traitement des dartres en général. Nous en avons suffisamment parlé, à propos du traitement de l'eczéma et du lichen, nous n'y reviendrons pas ; nous n'aurions rien à y ajouter.

Enfin, il est un dernier ordre de moyens qui doit servir à consolider la guérison, et qui quelquefois suffit seul à la

produire, dans des cas où tous les autres avaient échoué, dans le *psoriasis inveterata* par exemple, nous voulons parler des eaux minérales sulfureuses. Les eaux qu'on devra plus particulièrement conseiller sont les eaux de Baréges, de Bagnères-de-Luchon, d'Aix en Savoie, d'Aix-la-Chapelle, de Schisnach et enfin les eaux de Louesche.

VIII

PITYRIASIS

Le mot *pityriasis* vient du mot grec πιτυρον, son. On trouve ce mot dans Hippocrate et dans presque tous les auteurs grecs, ce qui prouve que cette maladie était connue dès les temps les plus anciens; mais il est probable que les premiers médecins la confondaient avec l'eczéma. Il est vrai qu'il existe, entre ces deux affections, la plus grande analogie, non-seulement dans leur aspect extérieur, mais aussi dans les causes qui favorisent leur développement et dans le traitement qu'elles réclament. Cette parenté est tellement intime que souvent on peut considérer certaines variétés du pityriasis comme un eczéma avorté, ou comme cette maladie arrivée à sa période ultime. D'un autre côté, il faut distraire encore du pityriasis la variété dite *versicolor*, qui n'est en réalité qu'une maladie parasitaire. De sorte qu'une époque n'est pas éloignée peut-être où le pityriasis, au moins dans quelques-unes de ses formes, disparaîtra du cadre nosologique, comme identité morbide.

Ces réserves admises, si nous voulons donner la description du pityriasis, telle qu'on peut la faire dans l'état actuel de la science, nous dirons que cette maladie débute par

une sécheresse particulière de la peau. Cette membrane perd d'abord son onctuosité et sa souplesse normales, puis apparaissent des squames très minces et très sèches qui se détachent avec une grande facilité, quand on exerce le plus léger frottement sur la partie malade; quelquefois même elles tombent spontanément, dans les points qui sont à l'abri de toute espèce de froissement; elles se reproduisent d'ailleurs incessamment, en quantité aussi grande et avec les mêmes caractères. Ces exfoliations peuvent se succéder ainsi, pendant longtemps, avant la guérison de la maladie; nous avons déjà signalé cette particularité dans la desquamation eczémateuse. Les lamelles ne sont pas toujours aussi ténues ni aussi farineuses que nous venons de le dire, mais leur dimension dépasse rarement celle d'un centime.

En général, il n'y a aucun changement de coloration de la peau, excepté dans le *pityriasis rubra*, dont le principal caractère est une couleur rouge du tégument externe rappelant assez bien celle du psoriasis. Les squames ellesmêmes sont ordinairement blanches ou grises; elles sont d'un jaune brun dans le *pityriasis versicolor*, mais nous savons que cette variété n'est pas, à proprement parler, un pityriasis.

Enfin, dans le pityriasis, comme dans toutes les affections dartreuses, il y a également des démangeaisons qui sont même quelquefois très vives.

Les phénomènes généraux sont ordinairement nuls dans cette maladie : la variété de *pityriasis rubra* seule s'accompagne quelquefois de troubles du côté du tube digestif.

VARIÉTÉS DU PITYRIASIS.

On a admis plusieurs variétés dans le pityriasis, celles que nous reconnaissons sont : le *pityriasis alba* ou *pityriasis commun*, le *pityriasis rubra*, le *pityriasis nigra* et le *pityriasis pilaris*.

1° PITYRIASIS ALBA. — Le *pityriasis alba* est le pityriasis ordinaire, c'est la forme la plus commune ; on l'appelle encore pityriasis *simplex*. M. Cazenave l'a décrit sous le nom de *pityriasis capitis*, mais à tort, car il peut tout aussi bien se développer sur d'autres parties du corps que sur la tête. Dans sa forme la plus simple et la plus légère, il apparaît sous l'aspect de plaques peu étendues, arrondies, blanches ou grisâtres, couvertes de petites squames minces ou farineuses. On l'observe souvent chez les enfants, aux joues et aux lèvres ; on l'appelle vulgairement dartre farineuse. Cette maladie s'accompagne à peine d'un peu de démangeaison, coïncide quelquefois avec la dentition et guérit souvent d'une manière spontanée, au bout de quelques jours.

Le *pityriasis alba* ne se développe pas seulement sur les joues, mais aussi sur le menton et le front, sous la forme de petites squames plus apparentes le matin et disparaissant momentanément sous une légère couche d'un corps gras. Cette affection, quoique légère, est néanmoins très tenace chez les adultes ; elle peut persister des mois, des années et même toute la vie ; elle est peut-être plus commune chez les femmes.

Chez l'homme, le pityriasis se développe souvent dans la barbe, et dans les deux sexes la maladie a fréquemment pour siége le cuir chevelu; dans ce dernier cas, les auteurs en ont fait un genre à part, sous le nom de *pityriasis capitis*. Les lamelles sont excessivement ténues et ressemblent beaucoup à de la fleur de farine; elles se détachent des cheveux et de la barbe, tantôt par le frottement, tantôt spontanément; les habits en sont couverts, comme d'une poussière blanche, assez semblable à la poudre dont on se servait autrefois pour les cheveux. Souvent chez les hommes on observe au visage des furfures légers, le matin, avant que les malades ne se rasent, c'est plutôt une légère difformité de la peau qu'une véritable maladie, car il n'y a ordinairement ni cuisson, ni démangeaison. Mais l'affection qui nous occupe n'est pas toujours aussi simple, ni aussi bénigne. Il y a une sous-variété qu'on peut appeler *pityriasis lamelleux* et qui constitue une forme plus grave. Les squames sont alors plus larges, elles acquièrent souvent le diamètre d'un centime; on rencontre cette forme plus particulièrement chez les femmes et chez les hommes qui portent leurs cheveux longs; elle débute par de la rougeur de la partie malade, puis il se forme de petites lamelles à moitié détachées et enroulées sur leurs bords. Il existe des démangeaisons assez vives et de la cuisson; les cheveux tombent et on les enlève en grande quantité avec le peigne : ce dernier accident est rarement observé dans le pityriasis furfuracé. Il est dû à la sécheresse de l'épiderme du cuir chevelu; cette altération gagne les bulbes pileux et les cheveux eux-mêmes qui, alors, deviennent très cassants.

Chez les enfants qui ont une chevelure peu fournie, on

observe également la forme lamelleuse; mais alors elle a un aspect tout particulier : les lamelles se confondent par leurs bords et semblent former une enveloppe unique, fendillée dans divers sens, et ayant, au premier abord, l'apparence d'une calotte faite d'une seule pièce avec une couche d'amiante. C'est pourquoi Alibert avait donné à cette forme le nom de teigne *amiantacée*.

2° Pityriasis rubra. — La seconde variété de pityriasis, relativement à la couleur, est le *pityriasis rubra* qui est plus rare que la première; dans cette affection les squames reposent sur une peau rouge; elles sont plus larges et plus adhérentes que dans la variété précédente et s'accompagnent de démangeaisons et de cuisson. Il est assez fréquent de voir quelques symptômes généraux, et particulièrement de la fièvre et quelques troubles du côté du tube digestif. Cette forme occupe ordinairement le cou et la tête et quelquefois toute la surface du corps.

M. Devergie, dans ses cours et dans son ouvrage, a beaucoup insisté sur cette variété, mais nous croyons que cet habile observateur a été quelquefois trompé par les apparences et qu'il a décrit, sous le nom de *pityriasis rubra*, des affections qui doivent en être distinguées, et particulièrement des pemphigus foliacés et des eczémas. Ainsi, il décrit un *pityriasis rubra* occupant tout le corps, et caractérisé par des squames larges comme une pièce de cinquante centimes et même d'un franc, par une sécrétion séreuse assez abondante, qui diffère de celle de l'eczéma en ce qu'elle ne tache pas les linges; de plus, dans cette affection, il y a, dit-il, au début un gonflement considérable de la peau, plus tard, au contraire, un amaigrissement très grand et ensuite des phénomènes inflammatoires

du côté du tube digestif. Enfin, dans deux observations citées pour exemples par M. Devergie, on a vu apparaître à la fin des bulles de pemphigus. M. Devergie pense qu'il y a eu là une transformation du pityriasis en pemphigus ; pour nous, nous ne pouvons admettre cette prétendue métamorphose et nous ne voyons qu'un pemphigus foliacé qui existait dès le commencement de la maladie. De même, dans d'autres cas donnés par M. Devergie comme des exemples de *pityriasis rubra*, nous avons retrouvé tous les caractères de l'eczéma.

3° Pityriasis nigra. — Cette variété est assez rare ; elle a été décrite pour la première fois par Willan. Dans cette forme la peau conserve sa coloration normale ; mais les squames sont grises, d'un gris foncé et même quelquefois noires. On l'observe sur le front et sur le cou. Cette affection est mal connue, nous ne l'admettons qu'avec toute réserve, il est possible que ce ne soit qu'une affection parasitaire analogue au *pityriasis versicolor* que nous ne décrirons pas ici, contrairement aux usages classiques. Pour être conséquent avec nos principes nosologiques, nous renvoyons sa description à côté des autres maladies parasitaires.

4° Pityriasis pilaris. — Sous ce nom encore peu connu, on doit désigner une affection caractérisée par de petites squames fines et arrondies, qui recouvrent les follicules pileux ; elles sont assez adhérentes et forment une légère saillie qui augmente le volume de ce follicule. Il y a peu de cuisson et peu de démangeaison. Ordinairement rapprochées les unes des autres, ces squames donnent à la

peau un aspect sec et rugueux, assez analogue à celui qu'on observe dans le lichen; aussi quelques médecins ont-ils décrit cette maladie sous le nom de *lichen pilaris*. Je suis surpris, du reste, de voir M. Cazenave commettre cette erreur, car, pour lui, le lichen étant une maladie des papilles nerveuses de la peau, il se trouve en contradiction manifeste avec lui-même, en lui rapportant une affection dont le siége incontestable est l'épiderme qui recouvre les follicules pileux.

Le *pityriasis pilaris*, tel que je l'ai observé et tel qu'il est décrit par M. Devergie dans la dernière édition de son traité *Des maladies de la peau*, est une affection longue et tenace. Chez une malade que j'ai eue en traitement pendant deux ans, je n'ai pu en obtenir la disparition. Un autre malade plus heureux a vu l'affection s'effacer en partie, mais sans qu'elle disparaisse complétement. Chez les malades observés par M. Devergie et par moi, le *pityriasis pilaris* a coïncidé avec un *pityriasis rubra* du cou et des membres supérieurs et avec une affection squameuse des pieds et des mains, intermédiaire au psoriasis et au pityriasis.

Siége du pityriasis. — Nous avons peu de chose à dire sur le siége du pityriasis; presque toutes les régions du corps peuvent en être affectées. Cependant il n'y a guère que le *pityriasis rubra* qui envahisse toute la surface du corps; les autres variétés n'occupent le plus ordinairement que la poitrine ou le cou, et surtout la face ou la tête; quelquefois deux ou trois de ces régions sont atteintes simultanément.

Marche, durée. —La marche du pityriasis est ordinai-

rement chronique; nous ferons une exception pour cette forme de la maladie, observée fréquemment chez les enfants, décrite sous le nom de dartre farineuse, dont la durée dépasse rarement trois semaines; mais, cette exception mise de côté, l'affection qui nous occupe se prolonge en général des mois, des années et souvent toute la vie. C'est plutôt alors un mode vicieux de sécrétion de l'épiderme qu'une véritable maladie.

Étiologie. — L'étiologie du pityriasis est peu connue. Cependant nous admettrons deux ordres de causes : les unes prédisposantes, les autres occasionnelles.

Dans les premières nous signalerons d'abord l'âge : les enfants de cinq à douze ans y sont très prédisposés, mais chez eux la maladie est légère. On l'observe souvent aussi à la tête chez les femmes, sans doute à cause de leur longue chevelure, et chez les hommes qui portent leurs cheveux longs. Le tempérament bilieux a été signalé comme une des causes prédisposantes. Avec plus de raison nous mentionnerons l'influence héréditaire.

Les causes occasionnelles sont assez obscures; je vous ferai remarquer cependant que les recrudescences surviennent particulièrement après les excès de table, les fatigues excessives et les émotions morales pénibles ou pendant la convalescence de quelque affection grave.

En terminant ces courtes indications étiologiques, je ne puis m'empêcher de signaler à votre attention l'influence d'anciens eczémas sur la production du pityriasis. On voit, en effet, très souvent des desquamations pityriasiques chez des personnes qui ont eu des affections eczémateuses, et le pityriasis paraît être la trace longtemps persistante de cette espèce de dartre. De même aussi on voit souvent,

pendant plusieurs années, un pityriasis persister ou se montrer fréquemment, et plus tard un véritable eczéma se développer avec tous ses caractères. Ces rapports entre ces deux maladies nous ont paru assez fréquents pour que nous ayons cru reconnaître une grande parenté entre elles, et pour que nous soyons tenté de les considérer comme des états différents d'une même affection.

Diagnostic. — Le diagnostic du pityriasis est en général facile; les affections qui peuvent le simuler sont : le psoriasis, l'eczéma, l'herpès circiné et les éphélides.

On ne peut hésiter, entre le psoriasis et le pityriasis, que lorsqu'il s'agit de la forme de *pityriasis rubra;* encore suffit-il d'un peu d'attention pour lever tous les doutes. En effet, le psoriasis est caractérisé par des squames assez épaisses, imbriquées, luisantes, à reflet nacré, argentées et très adhérentes; elles reposent sur des plaques rouges, saillantes au-dessus de la peau; enfin la maladie a deux siéges d'élection par lesquels elle débute le plus souvent, quand elle n'y est pas exclusivement limitée, ce sont : les genoux et les coudes. Or, aucun de ces caractères ne se rencontre dans le pityriasis, excepté la rougeur qui, toutefois, a une autre nuance que celle du psoriasis.

Il n'y a pas de confusion possible entre le pityriasis et l'eczéma à ses deux premières périodes, mais, lorsque cette dernière maladie est arrivée à la période de desquamation, il existe entre ces deux affections une si grande analogie que le diagnostic nous paraît impossible et, pour nous, nous le répétons, nous n'hésitons pas à regarder, dans certains cas, le pityriasis comme un eczéma avorté, dans lequel l'éruption est arrivée d'emblée à sa période

de desquamation, sans passer par les périodes vésiculeuses et croûteuses. Par conséquent, lorsque vous vous trouverez en face d'une exfoliation furfuracée, et que vous n'aurez pas assisté au développement de la maladie, il vous sera souvent impossible de dire, en vous en rapportant seulement à l'état actuel, si vous avez affaire à un simple pityriasis ou à un czéma : vous devrez donc remonter aux antécédents pour savoir s'il a existé ou non des vésicules et une sécrétion séro-plastique suivie de croûtes. On comprend d'ailleurs, d'après ce que nous venons de dire tout à l'heure sur la parenté des deux maladies, que le diagnostic différentiel soit peu important.

Il est beaucoup plus utile, au point de vue pratique, de distinguer le pityriasis de l'herpès circiné ; tout à fait au début, ce diagnostic est quelquefois difficile ; néanmoins la forme exactement arrondie, la guérison du centre du cercle, l'extension centrifuge de la desquamation, l'existence de quelques vésicules sont des signes qui caractérisent plus spécialement l'herpès circiné. Ajoutons encore que le microscope vous révélera, dans cette dernière maladie, l'existence d'un parasite qui ne se retrouve pas dans le pityriasis.

La distinction entre le pityriasis et les éphélides est facile : en effet, celles-ci se présentent sous forme de taches brunes, ou couleur café au lait, sans aucune desquamation et sans démangeaisons.

Pronostic. — Le pityriasis est une affection très peu grave par elle-même et qui ne compromet nullement l'existence ; mais elle est très rebelle et, sous ce rapport, très gênante et souvent elle devient la cause de grandes incommodités, surtout chez les femmes. En effet, elle

altère fréquemment leur chevelure qui constitue, pour un certain nombre, presque toute leur beauté. La forme lamelleuse est celle qui donne le plus souvent lieu à ce grave inconvénient. Il est vrai que les cheveux repoussent, avec tout leur lustre, quand la maladie est guérie, mais il ne faut pas oublier que cette terminaison heureuse ne peut pas toujours être obtenue : la maladie fait, en quelque sorte, partie de la constitution même du sujet.

Traitement. — La thérapeutique du pityriasis comprend deux ordres de moyens : 1° les uns généraux ; 2° les autres locaux. Mais nous nous hâtons d'ajouter que ces derniers sont les plus efficaces et presque les seuls employés et c'est par eux que nous allons commencer.

Dans le *pityriasis capitis*, la première chose à faire c'est de couper les cheveux : il en est de même lorsque la maladie occupe la peau de la barbe ; il faudra aussi faire disparaître celle-ci, non pas avec le rasoir, mais avec les ciseaux. Après cela, on remédiera à la sécheresse de la peau par des lotions émollientes d'abord, et puis huileuses ; ensuite on modifiera la sécrétion cutanée par d'autres lotions alcalines préparées d'après la formule suivante :

Sous-carbonate de potasse ou de soude....	4 à 6 grammes.
Eau distillée........................	500 —

Mais on ne doit avoir recours à ces lotions que vers la fin de la maladie. Pour nous, nous préférons de simples lotions à l'eau de savon ; mais, ce qui réussit surtout, ce sont les bains sulfureux et les pommades sulfureuses. Nous nous sommes souvent bien trouvé, dans le pityriasis de la tête, de la pommade suivante :

Axonge.................	30 grammes.
Fleur de soufre...........	1 gramme.

A côté des préparations sulfureuses nous devons placer les préparations d'acide nitrique. La principale de ces préparations est la pommade oxygénée, espèce de savon dur qu'on ramollit par la chaleur, et qu'on étend sur les parties malades; cette pommade, par son mordant, fait disparaître les squames; elle est un peu trop forte, pour certaines personnes, et on doit lui substituer cette autre :

Axonge.................	30 grammes.
Acide nitrique............	1 gramme.

On a encore eu recours aux lotions avec l'acide nitrique très étendu. Si la lotion était trop concentrée, elle pourrait avoir l'inconvénient de rougir les cheveux; il est vrai que cette coloration tout accidentelle est de courte durée et disparaît, au bout d'un certain temps, pour faire place à la coloration normale de la chevelure. Ces lotions sont ordinairement faites d'après la formule suivante :

Eau distillée...	100 grammes.
Acide nitrique............	1 gramme.

Tels sont les moyens locaux le plus souvent employés dans le pityriasis.

En même temps que les moyens précédemment énumérés, on a conseillé un traitement interne, dans le but de seconder leur action. On prescrit quelquefois les amers, le houblon, la centaurée, le sirop antiscorbutique, le vin et le sirop de gentiane. Dans les cas rebelles, on a conseillé les préparations arsenicales, la teinture de cantha-

rides, mais je dois vous dire que nous n'avons pas toujours constaté l'efficacité de ces moyens, dans la maladie qui nous occupe. On doit compter davantage sur les sulfureux administrés à l'intérieur.

Enfin, comme complément du traitement du pityriasis, on peut employer les eaux minérales sulfureuses; celles de Saint-Gervais, d'Uriage, d'Aix en Savoie, d'Aix-la-Chapelle; enfin, celle des Pyrénées, Baréges, Bagnères-de-Luchon.

Nous ajouterons encore, comme pour toutes les maladies dartreuses, l'importance du régime hygiénique simple et surtout l'influence heureuse d'une alimentation peu excitante et de laquelle seront bannis les mets épicés que nous avons déjà signalés, à plusieurs reprises, comme nuisibles au bon état de la peau, chez les personnes disposées aux affections dartreuses.

IX

SCROFULIDES

Nous avons dit, dans notre première leçon, que les maladies de la peau étaient les unes locales, les autres générales, développées sous l'influence d'un état particulier de l'économie qu'on appelle diathèse. Parmi ces dernières nous trouvons la classe des scrofulides. La diathèse scrofuleuse, sous l'influence de laquelle se développent ces affections, ne se manifeste pas seulement sur la peau, mais sur tous les tissus; en effet tout le monde sait que la scrofule se montre dans les os, sur les muqueuses, dans les ganglions; nous ne parlerons ici que de ses manifestations cutanées.

L'existence de ces affections remonte à la plus haute antiquité, et, parmi les maladies décrites autrefois sous la dénomination de lèpres, il est vraisemblable qu'un certain nombre étaient des scrofulides. Willan le premier décrivit, sous le nom de *lupus*, et plaça dans la classe des tubercules, des maladies de peau caractérisées, au début, par des tubercules pouvant s'ulcérer et laisser des cicatrices indélébiles. Dans l'état actuel de la science, cette manière d'envisager les scrofulides est vicieuse et trop restreinte, en effet le mot *lupus* proposé par Willan en-

traîne avec lui l'idée des tubercules; or, toutes les scrofulides ne commencent pas par des tubercules, et quand ceux-ci existent au début, ce n'est souvent que d'une manière passagère. Nous croyons donc utile de rayer le mot lupus de la dermatologie comme expression générale, et de ne le réserver qu'à des cas particuliers et bien déterminés. Nous avons cherché à faire, pour les manifestations scrofuleuses de la peau, ce que Biett a fait pour les syphilides; nous emploierons, dans la nomenclature de ces affections, la dénomination générale de *scrofulides* à laquelle nous ajouterons une épithète désignant la lésion élémentaire : scrofulide érythémateuse, tuberculeuse, etc., à côté du genre, nous trouverons ainsi des variétés très importantes sous les rapports des symptômes, de la marche et du traitement.

Nous allons d'abord indiquer les caractères généraux des scrofulides, puis nous parlerons des principales variétés.

Caractères communs des scrofulides. — La scrofule se présente à la peau avec une coloration particulière ; ce n'est pas la coloration rouge vive des exanthèmes ordinaires, mais une rougeur foncée, violacée, obscure, vineuse, qui n'est pas la même non plus que celle de la syphilis, dont elle n'a pas la teinte cuivrée caractéristique. Cette nuance spéciale de la peau peut être beaucoup mieux saisie et appréciée au lit des malades, qu'il n'est possible de la décrire dans un livre ou de l'exprimer dans une leçon.

A côté de la rougeur, quelle que soit la forme de la maladie, il faut noter le gonflement de la partie malade, gonflement qui siége dans le tissu cellulaire sous-cutané; il

est quelquefois porté tellement loin qu'il donne aux membres l'aspect d'un éléphantiasis; à la figure, il peut masquer en partie les yeux, et l'on dirait un érysipèle; aussi quelques auteurs ont-ils décrit cette affection sous le nom d'*érysipèle chronique ;* d'autres l'ont appelée *lupus chronique*, *lupus hypertrophique* (Cazenave). Du reste, cette augmentation de volume disparaît graduellement, soit sous l'influence du traitement, soit par suite de l'évolution de la maladie, et plus tard, lorsque la scrofulide est guérie, il y a au contraire un amincissement notable, une atrophie singulière de la peau dans les points autrefois hypertrophiés.

Le troisième caractère des scrofulides est l'existence des cicatrices qui ne manquent jamais, qu'elles aient été ou non précédées d'ulcération. Cette constance des cicatrices est le propre des scrofulides. Dans les syphilides, il y en a bien aussi, mais elles ont toujours été précédées d'ulcérations plus ou moins profondes, plus ou moins étendues. Une autre particularité bien importante des cicatrices scrofuleuses, c'est leur forme déprimée, qui est une conséquence de l'atrophie et de l'espèce d'absorption interstitielle que le tégument externe a éprouvées dans ces points. Notons aussi leur aspect réticulé et leur adhérence aux tissus sous-jacents, surtout lorsque la maladie s'est développée au niveau d'une saillie osseuse. Il en résulte des déformations parfois hideuses, qui défigurent singulièrement les malheureux qui en sont atteints.

Nous noterons encore une chose remarquable dans les scrofulides, c'est de voir, malgré le gonflement, la rougeur et la déformation parfois considérable des parties, l'absence de toute réaction locale et générale. Sous ce

rapport, elles présentent une assez grande analogie avec les syphilides.

Marche. — La marche de ces affections est excessivement lente. Interrogez les malades, et presque tous vous diront qu'ils en sont affectés depuis deux, trois, dix, quinze, vingt ans. Il en est même dont la maladie est aussi longue que la vie ; elle débute dans la première enfance pour ne cesser qu'à la mort. Ainsi la longue durée et la chronicité sont des caractères également spéciaux des scrofulides. Les syphilides ont bien aussi une marche lente, mais jamais à un degré aussi prononcé ; de plus, elles ne restent pas stables, avec le même aspect et les mêmes caractères ; elles se modifient, prennent de nouvelles formes et acquièrent en même temps plus de gravité, en s'éloignant de l'époque de leur première apparition.

Complications. — Un caractère distinctif des scrofulides est de se manifester sur plusieurs points du corps à la fois, et de se développer en même temps que d'autres altérations de la même nature qui peuvent affecter plusieurs tissus. Ainsi, en même temps qu'une affection scrofuleuse de la peau, il n'est pas rare de voir des ophthalmies, des nécroses ou des caries, qu'on doit rapporter au même vice constitutionnel.

Les scrofulides sont souvent compliquées d'autres accidents qui déterminent une révulsion favorable ; telles sont l'érysipèle, les fièvres éruptives, la fièvre typhoïde. A la suite de ces maladies intercurrentes, on voit ordinairement une modification heureuse de la scrofule cutanée, et quelquefois même la guérison. Il y a deux ans, nous avons eu dans nos salles une jeune fille atteinte d'une scrofulide pustuleuse de la face, et qui s'est trouvée complé-

tement guérie, à la suite d'une fièvre typhoïde grave qui avait mis ses jours en danger.

Siége. — Les scrofulides peuvent se développer sur tous les points du corps, mais plus spécialement à la face. Chez les femmes, elles peuvent affecter la *vulve*. M. Huguier a donné de cette maladie une bonne description dans un mémoire ayant pour titre : *De l'esthiomène de la vulve.*

Arrivons maintenant à l'étude des variétés de la scrofule cutanée. Nous en admettons six que nous passerons rapidement en revue, en indiquant leurs caractères distinctifs et spéciaux. Ce sont : 1° la scrofulide *érythémateuse;* 2° la scrofulide *pustuleuse ;* 3° la scrofulide *verruqueuse ;* 4° la scrofulide *tuberculeuse ;* 5° la scrofulide *phlegmoneuse* ; 6° et la scrofulide *cornée.*

1° Scrofulide érythémateuse. — On peut l'appeler encore scrofulide érythémato-squameuse. Biett, qui le premier traita de cette affection, lui donna le nom d'érythème centrifuge, parce que cette maladie s'accompagne souvent d'une rougeur disposée en cercle, au milieu duquel on voit une surface de peau saine. Cette dénomination n'est plus usitée ; elle donnait une idée fausse et incomplète de l'affection, en appliquant à une maladie aussi grave le mot érythème, qui ne désigne ordinairement qu'une maladie légère ; M. Cazenave l'appelle *lupus érythémateux.*

Cette variété de scrofulide est caractérisée par une saillie d'abord peu étendue, arrondie, d'un rouge foncé, violacée, vineuse, et d'un aspect luisant tout à fait spécial. Bientôt cette tache s'élargit ; en même temps le

centre se guérit, se déprime et prend l'aspect d'une cicatrice blanche, indélébile. Sur la surface, qui reste saillante et rouge, se forment des squames blanches et fines, quelquefois superficielles, mais ordinairement adhérentes et comme enchâssées dans l'épaisseur de la peau. Plusieurs générations de squames se succèdent avant la guérison complète de la maladie.

Il est inutile d'ajouter qu'il n'y a ni douleurs, ni démangeaisons, ni phénomènes généraux.

Cette affection, comme toutes les scrofulides, est excessivement lente et peut rester plusieurs années à peu près dans le même état. Au début, elle dépasse à peine les dimensions d'une pièce de deux francs, puis elle atteint celles d'une pièce de cinq francs et plus; on en voit qui sont larges comme la paume de la main; quelquefois même elles envahissent tout un côté de la face. Pendant cette progression centrifuge de la maladie, le centre se guérit, et le bourrelet qui l'entoure semble fuir devant la cicatrice, à mesure que celle-ci s'agrandit. La guérison peut être obtenue à la longue, mais au prix d'une cicatrice, quoiqu'il n'y ait jamais eu de plaie.

Diagnostic. — Les affections qui peuvent être confondues avec la scrofulide érythémateuse sont : l'érythème simple, le psoriasis et certaines formes de syphilides. Cependant la marche lente, l'absence de douleur et de démangeaison suffiront pour la distinguer de l'érythème ordinaire.

Dans le psoriasis, la disposition imbriquée des squames, leur aspect d'un blanc nacré qui les a fait comparer à des taches de cire vierge desséchée, la diffusion de la maladie à toute la surface du corps et sa prédilection plus spéciale

rable de la surface du corps. Il arrive quelquefois que les bourgeons charnus, avant de se cicatriser, se dessèchent et constituent alors une véritable scrofulide verruqueuse secondaire.

D'autres fois, au lieu de s'étendre en surface, la maladie gagne en profondeur ; elle ronge la peau, les muqueuses, le tissu cellulaire, les cartilages ; les os eux-mêmes sont souvent des barrières impuissantes à limiter sa marche destructive. De là ces larges communications des fosses nasales avec la cavité buccale, par suite de la destruction de la voûte palatine. Cette variété siége particulièrement à la face, au nez surtout, qui disparaît quelquefois complétement. Après la guérison de cette maladie, il y a souvent une teinte violacée particulière de la peau qui peut persister longtemps, sinon toujours.

La scrofulide tuberculeuse avec ou sans ulcération a une durée très longue ; il n'est pas rare de la voir résister à un traitement de plusieurs années avant de guérir.

Il n'y a que les syphilides qui puissent être confondues avec cette affection. Les antécédents, les phénomènes concomitants suffiront presque toujours à poser le diagnostic ; il est cependant dans la pratique bien des cas embarrassants et dont la nature ne peut être révélée que par le résultat du traitement.

5° Scrofulide phlegmoneuse. — Nous arrivons à une forme de scrofulides qui n'a pas encore fixé l'attention des auteurs, c'est la scrofulide phlegmoneuse : elle consiste dans le développement d'une véritable tumeur phlegmoneuse avec une teinte violacée spéciale de la peau ; cette tumeur est d'abord grosse comme une noisette ou comme

une noix, généralement ovale et aplatie ; elle augmente d'une manière graduelle, en même temps elle se ramollit et bientôt elle devient fluctuante, ce qui annonce la présence du pus. Alors la peau s'amincit sur la partie la plus saillante et s'ulcère, et par une petite ouverture s'écoule une quantité variable de pus séreux, mal lié, ayant les caractères du pus scrofuleux. Cette ulcération ne tarde pas à se couvrir d'une croûte jaunâtre plus ou moins épaisse ; mais, au bout de quelque temps, une nouvelle ouverture se forme, pour donner également issue à du pus et se fermer à son tour. Cette succession d'écoulement purulent et de concrétion croûteuse se renouvelle de temps en temps. A la suite de ces accumulations successives de pus et de ces ouvertures en quelque sorte périodiques, la peau se décolle et se mortifie dans une certaine étendue ; il en résulte une ulcération plus ou moins grande, à bords violacés, dont le niveau se continue insensiblement avec le fond, ulcération qui finit par se cicatriser, lentement il est vrai. Sa place est marquée, pendant assez longtemps encore, par une teinte rougeâtre et violacée, cette teinte rouge pâlit et devient tout à fait blanche.

Ces collections purulentes sont de véritables abcès de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané qui ne se présentent, avec ces caractères particuliers, que chez les individus ayant tous les attributs du tempérament scrofuleux.

6° Scrofulide cornée. — La dernière variété de scrofulides est la scrofulide cornée. C'est une affection peu commune, et qu'on ne trouve mentionnée que dans la thèse d'un ancien interne de l'hôpital Saint-Louis, M. Dumoulin. Cette variété a un aspect particulier qui

fait que beaucoup de médecins l'ont méconnue et l'ont distraite des affections scrofuleuses, pour en faire une espèce d'acné. Elle est caractérisée par une tache plus ou moins large, un peu proéminente au-dessus de la peau et offrant une multitude de petites saillies sèches et d'apparence cornée. Ces saillies, analogues à des excroissances verruqueuses, donnent une sensation de piqûre à la main qui les touche. Quand on vient à les presser, elles sont un peu douloureuses. Au bout d'un certain temps ces productions cornées s'affaissent, puis disparaissent complétement et sont remplacées par une cicatrice déprimée. M. Cazenave décrit cette scrofulide comme une véritable altération du produit sébacé de la peau. Il prétend que les saillies ne sont que la matière sébacée sèche, durcie, racornie, et que les cicatrices et leur forme déprimée ne sont qu'une conséquence de la pression exercée sur la peau par ces produits durs et solides. Nous ne pouvons pas nous ranger à cette opinion : d'abord, le plus souvent ces éminences n'existent pas à l'orifice des follicules sébacés et, dans les cas que nous avons observés, elles étaient presque toutes traversées par un poil, ce qui devrait plutôt faire supposer l'altération des follicules pileux que celle des follicules sébacés. De plus, ces productions cornées se montrent principalement aux membres, c'est-à-dire sur les parties où les follicules sébacés sont peu abondants et rarement malades. Enfin, on ne trouve pas de matière cornée dans les follicules sébacés, et il serait, du reste, bien difficile de comprendre comment la matière sébacée pourrait acquérir assez de dureté et presser assez fortement le derme pour atrophier la peau et amener une cicatrice.

Diagnostic. — Nous avons dit quelques mots du diagnostic à propos de chaque variété, nous allons le résumer en donnant quelques généralités applicables à la plupart des cas.

Quelle que soit la forme de la manifestation scrofuleuse, on doit insister sur la coloration particulière violacée, sur l'absence de la douleur et du prurit et principalement sur cette forme de cicatrices dont nous avons parlé et qui semble indiquer une altération profonde de la peau ; enfin la marche lente de la maladie est encore un caractère très important à noter.

On doit attacher aussi une grande importance aux maladies antérieures ou concomitantes, car c'est principalement à l'aide des phénomènes commémoratifs et concomitants que l'on pourra établir le diagnostic, surtout quand on hésite entre une scrofulide et une syphilide. En effet, ces deux affections ont souvent le même siége, la même apparence extérieure, et des symptômes communs : l'absence de la démangeaison et une coloration presque semblable de la peau. Nous rappellerons cependant que la coloration scrofuleuse est plus violacée, plus vineuse que la teinte syphilitique, qui incline plutôt sur le brun.

Les lésions élémentaires et leurs produits peuvent aussi se ressembler : on trouve, en effet, dans ces deux affections, des ulcérations grisâtres et taillées à pic, des croûtes d'une teinte noirâtre, mais la marche est différente et nous insistons sur ce point : les scrofulides ont une marche très lente, la maladie parcourt ses périodes en plusieurs années ; il n'est pas rare de voir des scrofulides durant depuis cinq, dix, quinze et vingt ans et ne présentant que peu de modifications extérieures. Dans la syphilis, les

manifestations se développent et se modifient plus promptement; la maladie peut persister plusieurs années, mais avec des formes différentes qui se succèdent dans des points variés. Enfin, les cicatrices peuvent encore servir de signes diagnostiques : elles sont plus profondes, plus indélébiles dans la scrofule que dans la syphilis. Cependant nous devons répéter ce que nous avons déjà dit, malgré toutes ces données il y a des cas de pratique très difficiles et excessivement embarrassants, dans lesquels le médecin, même le plus exercé, ne pourra se prononcer; c'est alors que le traitement sera la véritable pierre de touche.

Pronostic. — Le pronostic de la scrofulide est toujours grave, car la maladie est très longue et ne guérit pas toujours, et, dans les cas où la guérison a lieu, elle laisse des stigmates indélébiles de son passage et des difformités parfois hideuses. On doit noter, comme augmentant la gravité du pronostic, la coïncidence d'autres affections et surtout l'existence de tubercules pulmonaires. Il ne faut pas oublier non plus que l'apparition de certaines maladies, d'un érysipèle par exemple, loin d'être un accident fâcheux, modifie le plus souvent d'une manière favorable la manifestation scrofuleuse; nous avons également des exemples d'ulcérations scrofuleuses guéries rapidement par le fait d'une variole ou d'une fièvre typhoïde.

Traitement. — Le traitement des scrofulides comprend trois parties ou plutôt trois ordres de moyens : 1° les moyens généraux, 2° les moyens locaux, et 3° les moyens hygiéniques; tous ces moyens ont leur valeur, mais le traitement général aidé de l'hygiène est celui qui importe le plus et celui qu'il faut employer tout d'abord.

1° Moyens généraux. — Les moyens généraux sont tous ceux qui sont employés dans la scrofule en général, ce sont d'abord les amers, les préparations de gentiane, le vin et le sirop antiscorbutiques, l'infusion de houblon; viennent ensuite les préparations de fer, surtout chez les jeunes filles. Les préparations iodurées ont été vantées, peut-être outre mesure; elles ont incontestablement une certaine valeur, mais il ne faut pas y attacher trop d'importance, on ne doit les donner que comme accessoires; on peut associer cependant d'une manière très avantageuse et très utile l'iode avec le fer; l'iodure de fer est administré soit en pilules, soit en sirop. Mais toutes ces préparations ne doivent être que des adjuvants d'une substance beaucoup plus efficace, l'huile de foie de morue, le remède de la scrofule par excellence.

Dans la scrofulide cutanée, on donne l'huile de foie de morue à doses progressives, en commençant par une cuillerée à bouche par jour, et en augmentant graduellement jusqu'à trois, quatre et cinq. M. Bazin en fait prendre jusqu'à sept et huit cuillerées, et même il en donne un verre entier par jour; mais nous croyons inutile d'augmenter ainsi la dose outre mesure, de manière à fatiguer l'estomac et à dégoûter les malades. Le traitement doit être continué pendant des années, en ayant soin d'interrompre de temps en temps pour reprendre ensuite. Entre le traitement interne et le traitement externe, on doit placer les bains sulfureux donnés deux ou trois fois par semaine. On a proposé aussi les bains iodés, mais ils n'ont pas la même action (1).

(1) On emploie encore avec avantage la tisane de feuilles de noyer et quelques plantes de la famille des crucifères, particulièrement le cresson en salade ou sous une autre forme.

2° Moyens locaux. — Pour aider l'action du traitement général et faciliter la guérison, nous avons à notre disposition des moyens locaux, des topiques de différentes natures ; nous devons d'abord parler de certains topiques qui ont pour but de préparer les parties malades, de les débarrasser des croûtes qui les recouvrent; tels sont les cataplasmes et les lotions émollientes.

Plus tard on emploiera un autre ordre de topiques : les uns sont caustiques, ce sont des modificateurs substitutifs; ils ont pour effet de transformer un ulcère, une plaie chronique et une plaie simple, ayant une grande tendance à la guérison. Les autres sont seulement modificateurs sans être caustiques; nous allons tout d'abord parler de ces derniers. L'huile de cade, qui doit être placée en première ligne, s'emploie dans les cas peu graves : dans la scrofulide exanthématique et dans la scrofulide verruqueuse. Sous son influence l'hypertrophie diminue, la rougeur s'efface, les saillies s'affaissent. Mais l'huile de cade n'est plus assez efficace dans la scrofulide tuberculeuse et ulcérée ; elle n'est utile qu'à la fin de la maladie, quand il n'y a plus que de la rougeur et de la desquamation. Après l'huile de cade, nous placerons la teinture d'iode qu'on peut employer dans des cas analogues.

Comme moyens caustiques ou modificateurs substitutifs puissants, on a employé l'huile d'acajou, mais sans beaucoup de succès ; on a proposé encoré l'iode caustique, dont voici la formule :

Eau distillée...............	30	grammes.
Iodure de potassium.........	8	—
Iode pur..................	3 ou 4	—

On fait avec cette solution une légère cautérisation de

la plaie, dans le but de faciliter la cicatrisation ; mais ces moyens sont encore insuffisants dans la majorité des cas.

Lorsque les ulcérations sont plus profondes qu'étendues, lorsqu'elles résistent aux moyens généraux et aux topiques dont nous venons de parler, il faut les attaquer avec des caustiques plus puissants, avec le chlorure de zinc ou le chlorure d'antimoine mêlé à une poudre inerte, ou mieux avec la poudre caustique de Vienne.

Dans les scrofulides érythémateuses, pustuleuses, et même tuberculeuses, lorsqu'il n'y a pas d'ulcération ou lorsque cette dernière est superficielle, nous employons avec beaucoup d'avantage la pommade au bi-iodure de mercure, à l'aide de laquelle nous imitons ce que fait la nature, lorsqu'un érysipèle vient compliquer une scrofulide. Par cette pommade, dont nous étendons une petite couche sur la partie malade, nous déterminons une espèce d'érysipèle artificiel qui produit le même effet et amène une modification aussi prompte et presque aussi efficace que l'érysipèle spontané. On gradue la dose du bi-iodure de mercure, suivant l'effet et le degré d'inflammation qu'on veut produire. Voici la formule de la pommade que nous employons le plus ordinairement :

Axonge	à parties égales.
Bi-iodure	

On peut employer le bi-iodure de mercure sous une autre forme :

Eau distillée...............	30	grammes.
Bi-iodure de mercure........	15	—
Gomme adragante..........	1 ou 2	—

Moyens hygiéniques. — Les moyens hygiéniques secondent beaucoup les moyens médicamenteux. Contrairement à ce qu'on prescrit dans les maladies dartreuses, ici on doit conseiller les viandes rôties, les viandes noires chargées d'osmazône, aussi azotées que possible. Il faut assaisonner les mets et relever le goût des aliments par quelques épices (le sel, la moutarde), prescrire le bon vin, le café, etc.; en même temps il faut défendre le laitage, les légumes et les aliments fades et peu nutritifs. Il faut aussi attacher une grande importance à la quantité d'air que doit respirer le malade : il faut prévenir avec grand soin l'encombrement et conseiller le séjour à la campagne, quand cela est possible, et surtout un exercice modéré au grand air.

Comme annexe à la thérapeutique de la scrofule cutanée, on doit placer les eaux minérales et les bains de mer. Ceux-ci ont une certaine action ainsi que l'eau de mer, en boisson, qui produit souvent un bon effet, quand on la boit le matin, à la dose d'un demi-verre à un verre : elle agit un peu aussi comme laxatif. Les eaux minérales qu'on doit conseiller dans les scrofulides sont : les eaux sulfureuses, particulièrement celles qui sont chargées d'une assez grande quantité de soufre, les eaux de Baréges, de Bagnères-de-Luchon, d'Aix-la-Chapelle, d'Aix en Savoie, de Schinznach, d'Uriage; quoique non sulfureuses, les eaux de Louesche jouissent à bon droit d'une réputation méritée dans le traitement des affections scrofuleuses.

X

SYPHILIDES

Après avoir présenté l'histoire des maladies dartreuses et scrofuleuses, nous allons aborder l'étude d'une autre classe de maladies cutanées également développées sous l'influence d'une diathèse, mais non plus d'une diathèse innée et héréditaire, comme les précédentes, le plus souvent au contraire acquise, développée accidentellement par inoculation : nous voulons parler des SYPHILIDES.

On donne le nom de *syphilides* aux manifestations syphilitiques qui ont lieu à la surface tégumentaire; elles font partie des phénomènes consécutifs de la maladie syphilitique.

Nous diviserons l'histoire de ces maladies en deux chapitres : le premier comprendra l'histoire générale des syphilides, l'exposé de leurs caractères communs, quels que soient leur forme et leur siége ; dans le second nous traiterons des différentes variétés de la syphilis cutanée.

I. — DES SYPHILIDES CONSIDÉRÉES EN GÉNÉRAL.

Les syphilides ne semblent pas avoir toujours existé. Il est vrai que les historiens, les poëtes et les médecins, qui ont écrit sous la splendeur de Rome et d'Athènes,

nous ont laissé des descriptions de maladies dans lesquelles les partisans de l'antiquité de la syphilis ont cru reconnaître une ressemblance et une analogie assez marquées avec la syphilis, pour leur assigner la même origine et la même nature; quelques médecins même font remonter la naissance de ces affections jusqu'aux temps bibliques. Mais nous ne faisons pas difficulté de dire que ces assertions sont dénuées de preuves positives, et il faut véritablement arriver à l'époque de l'invasion de la syphilis en France, en Italie et en Espagne au XVe siècle, pour trouver les premières notions exactes sur les syphilides. Les auteurs de cette époque qui ont écrit les premiers sur la syphilis, qu'ils appelaient *mal français* ou *mal napolitain* et qu'ils croyaient importée du nouveau monde, nous en ont laissé les peintures les plus sombres et les plus effrayantes et, d'après leurs lugubres récits, il paraîtrait que dans les dernières années du XVe siècle et dans le commencement du siècle suivant, ces manifestations cutanées se seraient produites avec une intensité que nous ne leur connaissons plus de nos jours que dans des cas exceptionnels.

Plusieurs de ces descriptions dues aux Massa, Fallope, Frascator, etc., sont d'une fidélité qui permet de les reconnaître encore aujourd'hui; les histoires individuelles de plusieurs formes sont tracées de main de maître et doivent être consultées; mais à cette époque aucun travail d'ensemble ne fut entrepris sur ce point de la syphilis, et ces maladies cutanées furent indiquées sans ordre et sans méthode.

Cette étude générale et méthodique fut même négligée par Willan et Bateman qui, trop préoccupés de la

lésion élémentaire, n'ont pas étudié les maladies d'après leur nature et n'ont laissé des affections syphilitiques de la peau qu'une description confuse et incomplète.

Au commencement de l'an X, un chirurgien interne des hôpitaux de Paris, Trappe, publie le premier une dissertation pleine d'intérêt sur les excroissances et les pustules vénériennes. Il les divise en sept espèces : les sessiles, les pédonculées, etc. Cette classification, basée sur les caractères les plus saillants et, pour ainsi dire, les plus extérieurs que présentent les diverses syphilides, a déjà le mérite de ne pas trop multiplier les espèces et de les embrasser à peu près toutes.

Environ à la même époque, en 1803, parut la dissertation inaugurale de Lagneau, alors chirurgien de l'hôpital des vénériens de Paris et élève de Cullerier l'Ancien; cette thèse, destinée particulièrement à faire connaître les diverses méthodes de traitement suivies à l'hôpital des vénériens, contient une classification des affections syphilitiques de la peau qui diffère très peu de celle de Trappe.

Un peu plus tard, en 1820, Cullerier l'Ancien publia dans le *Dictionnaire des sciences médicales* le résultat de ses recherches sur les éruptions syphilitiques, auxquelles il donne le nom générique de *pustules vénériennes*, et qu'il divisa en onze espèces. Toutes ces descriptions étaient bien incomplètes et ne faisaient, si je puis m'exprimer ainsi, que préparer le terrain. Nous en dirons autant des travaux d'Alibert qui jeta peu de lumière sur ce sujet, mais qui eut le grand mérite de réunir toutes les éruptions vénériennes sous la dénomination commune de *syphilides*, qui a toujours été conservée depuis.

Le véritable progrès dans la description et dans la con-

naissance des syphilides est certainement dû à Biett, collègue d'Alibert à l'hôpital Saint-Louis, et qui, tout en étudiant ces affections dans leurs formes élémentaires, d'après le système de Willan, en forma un groupe naturel et en donna une bonne description méthodique. Parmi les auteurs que nous venons de citer, c'est lui qui le premier indiqua les vrais caractères généraux des syphilides, et divisa ces affections en espèces d'après les diverses lésions élémentaires qu'elles présentent. Nous ne saurions trop louer ces travaux de Biett sur la syphilis cutanée ; ils révèlent dans leur auteur un esprit d'analyse et de méthode qui lui a permis d'élever tout de suite l'histoire des syphilides presque au point où elle est encore aujourd'hui ; car on n'a fait qu'ajouter peu de chose à l'édifice dû à cet habile observateur, et nous dirons même que les quelques additions qui ont pu y être faites depuis doivent lui être rapportées, car elles sont dues en grande partie à ses élèves qui ont observé et écrit sous son inspiration ; parmi ceux-ci nous citerons surtout MM. Cazenave, Martins, Legendre, Bassereau. Tous ces travaux de l'école de Biett, réunis aux recherches des syphilographes modernes, ont beaucoup éclairé l'histoire des syphilides et ont fait que ces maladies sont aujourd'hui au nombre de celles qui sont le mieux connues, relativement au diagnostic et au traitement.

Après ce court exposé historique nous allons tracer les caractères généraux des syphilides, caractères qui donnent à toutes ces affections, quels que soient leur forme et leur siége, un air de ressemblance et de parenté qui leur a fait une famille à part parfaitement distincte des autres éruptions cutanées.

Ces caractères communs des syphilides doivent être recherchés dans la coloration, dans la forme des éruptions, dans tous leurs phénomènes locaux, dans leur siége et enfin dans les phénomènes concomitants et généraux qui les accompagnent.

1° *Coloration des syphilides.* — Le premier caractère commun à toutes les syphilides, c'est la coloration, coloration toute particulière et spéciale; malgré les différentes comparaisons qu'on a faites, on n'a pas encore de mot qui puisse en donner une idée parfaitement exacte, et on ne peut véritablement pas la qualifier d'une manière plus expressive qu'en disant *coloration syphilitique.* C'est une couleur rouge-foncé, qui ne ressemble pas à la teinte vineuse des scrofulides et encore moins au rouge vif de l'inflammation franche et légitime; Fallope comparait très judicieusement cette nuance à la couleur du maigre de jambon, et Swediaur la désignait sous le nom de couleur cuivrée, dernière qualification qui a prévalu sur la première, quoique peut-être elle soit moins juste, aussi la teinte cuivrée d'une éruption lui imprime-t-elle en quelque sorte le cachet syphilitique.

Cette coloration n'existe pas toujours pendant tout le cours d'une syphilide avec sa nuance spéciale, c'est ce qui avait fait mettre sa valeur en doute par quelques syphilographes. La rougeur est d'abord assez franche et elle se rapproche graduellement de la couleur spécifique, à mesure que l'éruption se développe; puis elle décroît d'une manière également insensible, jusqu'à sa disparition complète.

2° *Forme.* — Le second caractère est la forme circulaire des éruptions : en effet, le plus souvent elles sont

disposées en groupes arrondis, décrivant tantôt des cercles complets, tantôt des segments de cercle, d'autres fois des huit de chiffres ou des ovales. Ce mode de configuration est assez commun dans les syphilides, quelle que soit leur forme élémentaire : squameuse, papuleuse, pustuleuse, tuberculeuse ; mais il n'est pas exclusif à ces sortes d'éruptions, et ne constitue pas un caractère constant. Outre le psoriasis et la lèpre vulgaire qui affectent souvent cette disposition, n'observe-t-on pas souvent des eczémas, des lichens, des lupus qui se dessinent sur la peau en cercles ou en groupes régulièrement arrondis ? Cependant, jointe à un autre caractère tel que la coloration, la forme arrondie est un des meilleurs éléments de diagnostic pour reconnaître la nature syphilitique d'une éruption. Du reste, il ne faut pas oublier que tous ces caractères généraux, même les plus constants et les plus spéciaux, ont peu de valeur véritable ; considérés isolément, ils n'ont d'importance que par leur association avec d'autres signes.

3° *Absence de douleur et de démangeaison.* — Après la coloration *sui generis* et la forme spéciale, nous placerons au troisième rang l'absence de douleur et de démangeaison. Cette absence de démangeaison est la règle et son existence l'exception, c'est donc un des signes les plus constants. Aussi, chaque fois qu'un malade atteint d'une éruption reconnue syphilitique accusera des douleurs et du prurit, examinez-le bien attentivement et presque toujours vous trouverez, associée à l'éruption vénérienne, une éruption dartreuse ou prurigineuse, à laquelle on devra rapporter la cause des démangeaisons.

4° *Polymorphie.* — Un quatrième caractère des syphi-

lides, c'est la polymorphie, c'est-à-dire l'évolution simultanée de plusieurs formes élémentaires d'éruption sur un même sujet. Dans les éruptions ordinaires de la peau les exanthèmes se mêlent rarement aux vésicules, les pustules aux squames; rien de plus commun, au contraire, que de rencontrer dans les syphilides un mélange de taches exanthématiques, de papules, de vésicules, de pustules, et de voir en même temps la plupart des orifices naturels être garnis de plaques muqueuses.

5° *Phénomènes secondaires.* — L'évolution de la maladie donne naissance à quelques phénomènes consécutifs appelés *secondaires* et qui viennent encore éclairer le diagnostic, tels sont certains produits de l'éruption vénérienne : les squames, les croûtes, puis les ulcérations et les cicatrices.

Les squames sont blanchâtres, en général plus minces, plus sèches et plus adhérentes que dans les affections squameuses simples. Elles sont surtout moins larges et sont circonscrites par *un liséré blanchâtre*, auquel Biett et ses élèves attachent une grande valeur. Ce liséré résulte du décollement de l'épiderme autour du point malade; souvent son bord libre est découpé en dentelures fines et délicates.

A la suite de ces squames, mais plus ordinairement après la rupture de pustules syphilitiques, on voit se former des croûtes dures, épaisses, verdâtres, quelquefois noires et comme sillonnées, également plus adhérentes que dans les autres affections cutanées; quelques-unes sont hérissées d'éminences mamelonnées, d'autres ont une apparence de coquillage ou d'écailles d'huîtres. Or-

dinairement ces croûtes sont comme les squames, entourées d'un petit liseré blanchâtre semblable à celui dont nous avons déjà parlé.

Certaines syphilides, surtout les syphilides pustuleuses et tuberculeuses, se terminent par ulcération. La forme et la disposition de ces pertes de substance sont aussi très caractéristiques. En général, elles sont arrondies, comme si elles eussent été faites avec un emporte-pièce, les bords sont abrupts et taillés à pic, le fond est grisâtre et on le croirait couvert d'une fausse membrane; la peau qui entoure l'ulcère a une teinte brun-cuivré.

Les *cicatrices*, qu'elles succèdent ou non à une ulcération, peuvent, dans certains cas, révéler la nature de la maladie. En effet, elles ont une physionomie assez originale, mais jamais elles n'ont un cachet plus spécial que dans les premiers temps de leur formation. Elles sont d'abord violettes, puis bientôt elles prennent une couleur cuivrée qui s'y trouve souvent plus prononcée que dans les éruptions auxquelles ces cicatrices succèdent. En vieillissant cette couleur brune disparaît, pour faire place à la teinte blanche commune à tous les tissus inodulaires. Dans ces cas la forme peut encore, en l'absence de tout autre phénomène, révéler la nature des cicatrices. En effet, dans les syphilides tuberculeuses, quand les tubercules sont disposés en cercles circonscrivant des espaces de peau saine, chacun d'eux est remplacé par des cicatrices annulaires déprimées à leur centre. Enfin, quand les pustules ou les tubercules sont disposés en groupes confluents, on trouve sur la lisière des cicatrices, et quelquefois dans un certain rayon autour d'elles, quelque vastes qu'elles soient, des empreintes deprimées, réticu-

lées et arrondies, rappelant la disposition des tubercules ou des pustules qui bordaient ces groupes et les entouraient comme des satellites.

Siége. — Les syphilides peuvent se montrer sur toutes les parties du corps, cependant certaines formes affectionnent, d'une manière toute spéciale, certaines régions. Ainsi on rencontre la syphilide papuleuse surtout à la partie postérieure du cou et antérieure de la poitrine ; les plaques muqueuses ont une prédilection toute particulière pour les environs des orifices naturels, pour les muqueuses et pour les régions de la peau où cette membrane est le plus fine et le plus délicate ; le psoriasis syphilitique se rencontre principalement aux mains et à la plante des pieds.

Phénomènes concomitants. — On désigne, sous le nom de phénomènes concomitants, d'autres accidents syphilitiques dont les manifestations ont lieu sur d'autres tissus que le tégument externe et en même temps que celles de la peau. Sous ce rapport nous devons tout de suite admettre dans les syphilides une division que nous allons retrouver tout à l'heure. Nous distinguerons deux ordres de syphilides, relativement à l'époque de leur apparition : les syphilides précoces et les syphilides tardives. Les ulcérations à la gorge avec altération de la voix, les plaques muqueuses aux commissures des lèvres, à la vulve, aux ailes du nez, à l'anus, au scrotum ; des douleurs névralgiques dans la tête ; des douleurs rhumatoïdes dans les membres et dans les articulations (genoux, épaules, coudes), s'exaspérant le soir dans le lit ; la chute des cheveux et des sourcils, l'engorgement des ganglions latéraux et postérieurs du cou, sont autant de symptômes

qui coïncident avec les syphilides précoces et qui sont propres à déceler leur nature, lorsque les caractères de l'éruption ne sont pas nettement dessinés.

Pour les syphilides tardives, les exostoses, les tumeurs gommeuses, les engorgements partiels de la tunique albuginée sont les phénomènes concomitants les plus constants et les plus propres à éclairer le diagnostic.

Phénomènes généraux. — L'apparition des phénomènes locaux est quelquefois précédée de symptômes généraux : il y a un léger mouvement fébrile, un peu de malaise, de l'inappétence ; mais, lorsque l'éruption est accomplie, ces symptômes disparaissent et il n'est pas rare de voir des syphilides très intenses coïncider avec toutes les apparences d'une bonne constitution et d'une excellente santé. Cependant, lorsque la maladie fait des progrès et qu'elle est arrivée à l'état de cachexie, alors se développent des phénomènes généraux graves qui sont le cortége habituel de toutes les cachexies cancéreuse, tuberculeuse, etc. : amaigrissement, faiblesse progressive, sueurs nocturnes, diarrhée colliquative, marasme, et enfin, comme dernier trait de ce lugubre tableau, la mort. On comprend que ces circonstances rendent le pronostic beaucoup plus sérieux et le traitement plus difficile, à cause du mauvais état du tube digestif.

Marche. — La chronicité est certainement le caractère le plus général des syphilides, mais elle ne leur appartient pas d'une manière exclusive, car elle se rencontre également dans une foule d'autres éruptions cutanées. Cependant ce qui distingue, en général, les syphilides des affections vulgaires de la peau c'est que, en se perpétuant, elles se modifient, se métamorphosent en quelque

sorte et passent d'une forme à une autre. Quelques syphilides font exception à cette marche lente de la plupart d'entre elles, ce sont celles qui viennent peu de temps après la disparition des accidents primitifs; elles ont une évolution rapide et pour ainsi dire fugace, souvent même elles passent inaperçues du malade et du médecin, ce qui s'explique facilement par l'absence de tout symptôme local, douleur ou démangeaison.

Diagnostic. — Le diagnostic des syphilides s'établit à l'aide des caractères que nous venons de tracer : couleur, configuration, absence de douleur et de démangeaisons, forme spéciale des ulcérations et des cicatrices, siége de l'éruption, marche, antécédents et phénomènes spéciaux concomitants.

Tous ces caractères dont nous avons fait les attributs des syphilides, nous l'avons déjà dit, ne sont ni constants ni exclusifs; par conséquent, si l'on excepte les cas peu nombreux, dans lesquels l'intensité de la couleur cuivrée ou bien une forme spéciale, comme celle de la plaque muqueuse, révèle immédiatement la nature syphilitique d'une éruption, on ne saurait baser ce diagnostic sur un seul caractère isolé. C'est le concours et l'association de ces caractères qui font leur valeur, de sorte que cette valeur est d'autant plus grande, je le répète, qu'ils se trouvent réunis en plus grand nombre, dans un cas déterminé.

Mais il est une vérité dont vous ne sauriez trop vous convaincre, c'est qu'il est indispensable d'avoir fait une étude approfondie des syphilides et des éruptions communes de la peau, pour bien saisir les différences de formes et d'aspects qui existent entre ces deux ordres d'affections. L'ha-

bitude de les voir, de les comparer, finit par révéler à l'observateur des caractères différentiels dont la parole ni la plume ne sauraient rendre exactement toutes les nuances. Néanmoins il y a des cas de pratique fort difficiles et fort embarrassants où la sagacité du médecin le plus habile peut être en défaut, c'est alors qu'un aveu sincère du malade pourrait déterminer la nature de l'éruption ; mais le plus souvent, au lieu de cet aveu, vous n'obtenez que des négations formelles ; gardez-vous bien cependant de vous arrêter à ces affirmations négatives, surtout lorsque vous aurez quelque raison de soupçonner votre malade intéressé à tromper. Dans ces cas douteux, le traitement est une véritable pierre de touche qui vient démontrer de quelle nature est une affection de la peau.

Pronostic. — Le pronostic est ordinairement favorable, lorsque le malade est soumis à un traitement convenable et fidèlement exécuté. En général, plus l'affection est récente, plus le traitement est efficace et la guérison rapide. Une des plus mauvaises conditions c'est la longue durée de la maladie et l'existence d'une cachexie. Dans ces cas il est souvent impossible de continuer le traitement, parce que les malades ne peuvent le supporter, à cause de la diarrhée qu'il occasionne. Somme toute, les manifestations cutanées syphilitiques sont, en général, moins graves que les éruptions dartreuses de la peau dont la récidive est le caractère principal.

Étiologie. — Les syphilides se développent sous l'influence du virus syphilitique introduit dans l'économie, ordinairement à la suite d'un contact infectant et plus particulièrement à la suite du coït. On doit les considérer comme des phénomènes consécutifs de la syphilis.

Quoi qu'en dise M. Cazenave, jamais elles ne constituent un symptôme primitif.

Quels sont les phénomènes primitifs qui précèdent les syphilides? Cette question n'est pas encore complétement élucidée, au moins pour quelques médecins. Les uns, et c'est le plus grand nombre, pensent avec M. Ricord que toute syphilide suppose la préexistence d'un chancre et d'un chancre induré sans bubon. Pour M. Legendre cette règle est trop absolue, et ce médecin distingué cite dans sa thèse inaugurale des observations en apparence très concluantes et en opposition avec elle; nous-même avons observé des faits que nous avons crus pendant quelque temps conformes à l'opinion de M. Legendre; mais, en examinant plus attentivement plusieurs malades qui nous assuraient n'avoir jamais eu aucun accident primitif, nous avons presque toujours trouvé des traces de chancres qui avaient été méconnus du malade, et souvent du médecin. De sorte qu'aujourd'hui nous nous rattachons complétement et sans arrière-pensée à la doctrine de l'illustre chirurgien de l'hôpital du Midi.

M. Legendre dit que sur soixante-trois cas de syphilis observés par lui, il y avait eu quatorze fois une simple blennorrhagie comme phénomène antérieur. Mais d'abord il faut se tenir en garde contre ces anomalies apparentes, dans lesquelles des syphilides se seraient développées sans chancre primitif; vous n'ignorez pas en effet combien il est difficile quelquefois d'obtenir la vérité de certains malades, soit par calcul de leur part, soit par ignorance, soit par la rapidité et la fugacité de ces accidents. Du reste, dans certains cas très rares et tout à fait

exceptionnels, où il n'y a véritablement pas eu de chancre extérieur, M. Ricord pense qu'il y a toujours eu un chancre larvé siégeant dans le canal de l'urèthre. Nous ajouterons encore que depuis trois ans que l'évidence des faits nous a amené à adopter la doctrine de la nécessité du chancre, comme point de départ des accidents syphilitiques, nous n'avons pas trouvé un seul fait véritablement exceptionnel. Nous avons bien constaté quelques malades, et plus particulièrement des femmes, atteints de syphilides très évidentes et qui disaient n'avoir eu aucune ulcération primitivé, mais ces mêmes malades n'accusaient également aucune blennorrhagie, et leurs assertions étaient tellement dénuées de vraisemblance que nous ne devions pas nous y arrêter. Le chancre nous semblerait donc la cause la plus ordinaire de la syphilis, et nous dirions même la cause unique, si quelques faits très probants ne nous avaient fait croire à la contagion des plaques muqueuses et à la possibilité d'infection générale à la suite de cette contagion.

A quelle époque et combien de temps après les accidents primitifs se montrent les syphilides? Nous rappellerons ici la division que nous avons déjà établie des syphilides : en syphilides précoces ou secondaires et syphilides tardives ou tertiaires. Les premières comprennent les exanthèmes, les pustules, les papules, les squames. Les tubercules et les ulcérations profondes appartiennent aux accidents tertiaires. Comme intermédiaires et lien d'union entre ces deux ordres de phénomènes, nous avons les syphilides pigmentaires et les syphilides pustulo-crustacées. Sans doute l'apparition d'une syphilide n'a pas lieu constamment à distance fixe et invariable

de la contagion, comme cela a lieu pour la variole et pour le vaccin, après l'introduction de leur virus dans l'économie; néanmoins il est certaines limites de temps en deçà et au delà desquelles on ne voit pas ordinairement se développer la plupart des éruptions vénériennes. Les syphilides précoces naissent rarement moins de six semaines après l'apparition du phénomène primitif; il est assez fréquent de les voir survenir plus tard (quatre ou cinq mois). Les accidents tardifs apparaissent généralement un an, deux ans, dix ou quinze ans après les accidents primitifs. Quand il y a un plus grand retard, ou même lorsque les phénomènes secondaires ne se sont pas montrés avant l'apparition des accidents tertiaires, c'est presque toujours grâce à un traitement mercuriel bien conduit.

Comme cause des syphilides nous indiquerons encore un autre mode d'infection, c'est l'hérédité. La syphilis héréditaire se montre ordinairement chez les enfants sous forme de syphilides; celles-ci se développent souvent quelques semaines ou bien seulement quelques mois, quelques années après la naissance; rarement elle se montre après la puberté. Nous avons vu cependant dans nos salles et à nos consultations quelques syphilides développées chez de jeunes sujets qui nous affirmaient avec une bonne foi très acceptable n'avoir jamais eu aucun rapport sexuel, et chez lesquels nous n'avons pu constater aucune trace d'accident primitif.

Une remarque importante, c'est que l'existence d'une syphilide chez un enfant suppose l'existence d'accidents primitifs chez la mère pendant la grossesse.

A part ces causes que nous venons d'attribuer aux sy-

philides, il y a encore un autre ordre de circonstances qui constituent la classe des causes occasionnelles. La maladie constitutionnelle existe, mais elle est à l'état latent, et elle peut rester longtemps, même toujours, sans se manifester, s'il ne survient pas une circonstance accidentelle qui la fait éclater. Ces causes occasionnelles sont : les excès, les fatigues, les émotions morales vives. Ainsi nous avons vu, il y a quelques années, un marin affecté d'une syphilide tuberculeuse et d'ulcérations à la langue, après un naufrage dans lequel sa vie avait été en péril pendant plusieurs heures; il avait eu un chancre trente ans auparavant. Nous devons mentionner encore l'influence des saisons; les syphilides sont plus communes en été qu'en hiver. Suivant M. Legendre, le mois de juin serait le mois pendant lequel on en observerait en plus grand nombre.

Ici se présente une question bien importante, celle de la contagion des syphilides. Les syphilides sont-elles contagieuses? M. Ricord répond d'une manière absolue par la négative. Nous pensons que l'opinion de M. Ricord est vraie d'une manière générale. Cependant il existe dans la science plusieurs faits irrécusables et qui sont en opposition avec cette loi. Vidal (de Cassis) et M. Cazenave ne croient pas les syphilides exemptes de contagion, ils ont cité des observations et ils ont fait plusieurs expériences qui sembleraient prouver cette propriété contagieuse. Pour nous, ainsi que nous le dirons plus tard, nous croyons à la faculté contagieuse de quelques espèces de syphilides végétantes, des plaques muqueuses.

II. — DES DIFFÉRENTES VARIÉTÉS DE SYPHILIDES EN PARTICULIER.

Après avoir exposé les caractères généraux des syphilides, leur marche, leur diagnostic et leur étiologie, nous allons aborder l'étude des différentes variétés de ces affections. Dans la pratique, il est vrai, la chose la plus importante et la plus utile pour le traitement n'est pas de reconnaitre si on a affaire à telle ou telle espèce de syphilide, mais si l'affection qu'on a à traiter est une syphilide ou une affection d'une autre nature. Du reste, il faut le dire, les caractères qui servent à différencier ces formes diverses ne sont souvent que des nuances plus tranchées dans les livres qu'au lit du malade. On pourrait donc, à la rigueur, faire bon marché de toutes ces distinctions, mais dans certaines limites cependant, car il y a toujours avantage, autant que cela est possible, au point de vue de la science et même quelquefois au point de vue du traitement, qui peut être modifié dans quelques cas, à préciser l'espèce de la manifestation syphilitique.

Ces remarques une fois faites, nous dirons qu'on a proposé un grand nombre d'espèces de syphilides. Pour nous, en nous plaçant pour ces divisions secondaires sur le terrain des lésions anatomiques élémentaires admises par tout le monde, nous admettrons neuf variétés ou plutôt neuf espèces de syphilides qui sont :

1° Les syphilides pigmentaires;

2° Les syphilides exanthématiques;

3° Les syphilides vésiculaires;

4° Les syphilides pustuleuses ;
5° Les syphilides papuleuses ;
6° Les syphilides bulleuses;
7° Les syphilides squameuses ;
8° Les syphilides végétantes ;
9° Les syphilides tuberculeuses.

1° SYPHILIDE PIGMENTAIRE OU MACULEUSE. -- Cette forme de syphilide était généralement méconnue, lorsqu'il y a quelques années nous avons le premier appelé l'attention sur les altérations de coloration du tégument externe dans la syphilis. Jusqu'alors cette lésion n'avait été indiquée que d'une manière tout à fait vague. Depuis cette époque, un interne distingué des hôpitaux, M. Pillon, dont nous devons mentionner l'excellente thèse, s'est occupé avec succès de cette question et a complété son histoire. La seule différence qui existe entre les idées que M. Pillon a émises dans son travail et celles que nous professons, c'est qu'il admet deux formes secondaires de syphilides pigmentaires et que nous, nous n'en reconnaissons qu'une seule. Nous croyons sa distinction d'autant plus inutile qu'elle ne repose que sur une simple différence dans la disposition et le groupement des macules.

Cette variété de syphilide est caractérisée par des taches d'un gris très-marqué, à teinte de café au lait et nullement semblable à la teinte grise du pityriasis. Ces taches ne font pas de saillie au-dessus de la peau, ne présentent aucune desquamation et ne s'accompagnent d'aucune chaleur, d'aucune démangeaison. Elles sont larges comme une pièce de cinquante centimes et quelquefois d'un franc, elles ont une forme à peu près arrondie, à bords inégaux,

déchiquetés, elles sont placées les unes à côté des autres et peuvent couvrir un espace assez étendu. Généralement elles restent isolées; quelquefois cependant elles se touchent et se confondent par quelques points de leur contour, surtout au cou, et figurent des marbrures liées les unes aux autres, circonscrivant des espaces de peau saine qu'elles enlacent comme dans un réseau et dont elles relèvent la blancheur, de manière à faire croire que ces taches blanches sont le siége du mal. Sur leurs limites extérieures, ces marbrures se fondent graduellement, en perdant leur teinte, avec la coloration normale de la peau. Du reste, la couleur grise des taches s'affaiblit progressivement, à mesure que la maladie s'avance vers la guérison.

Ces macules siégent spécialement au cou, dont la peau est si blanche et si fine chez la femme; elles entourent quelquefois la totalité du cou et lui forment un collier complet; chez d'autres malades, elles ne se voient que sur les parties latérales du col. On en rencontre encore sur la poitrine, en avant. Nous avons actuellement dans nos salles une malade dont la lèvre supérieure en est couverte; on dirait, à distance, une moustache fine et peu foncée. M. Pillon en a vu sur les jambes. Jusqu'ici nous avons rencontré cette forme de syphilide exclusivement chez des femmes. M. Pillon l'a observée chez des hommes à tempérament lymphatique, par conséquent à peau fine et délicate, se rapprochant beaucoup de celle de la femme.

La syphilide pigmentaire se montre tout à fait à la fin des phénomènes secondaires, c'est donc un phénomène tardif, et que nous considérons comme intermédiaire aux

accidents secondaires et aux accidents tertiaires. Elle est très tenace et résiste très-longtemps à la médication. Du reste, aucun traitement particulier ne peut lui être opposé : elle s'effacera très lentement sous l'influence du traitement général et sa persistance pourrait servir à mesurer l'intensité de la diathèse latente.

Il suffit d'avoir observé une fois cette forme de syphilide pour ne plus l'oublier. Elle a des caractères tellement tranchés qu'il serait difficile de la confondre avec une autre affection. Elle se distingue du pityriasis par l'absence de squames et de démangeaisons ; son siége, le peu d'étendue des taches, l'entre-croisement avec les taches blanches qui figurent l'état normal de la peau, doivent la faire distinguer des éphélides qui existent rarement au cou, et qui sont souvent plus larges.

Comme une autre espèce de syphilide pigmentaire, nous devons encore citer ici la teinte grise de la peau, qui est observée chez les malades atteints de cachexie syphilitique. Cette coloration dépend évidemment d'une modification survenue dans le pigment. Nous ne nous arrêterons pas d'ailleurs à cette teinte, qui n'a d'importance que comme symptôme de l'altération profonde apportée à l'économie par une ancienne syphilis.

2° Syphilide exanthématique. — La seconde variété de syphilide est la syphilide exanthématique ou la roséole syphilitique, c'est un des symptômes les plus fréquents et les plus précoces par lesquels se manifeste la syphilis constitutionnelle. On peut dire que cet exanthème ne manque presque jamais, quoi qu'en dise M. Cazenave, et si on n'en retrouve pas toujours les traces, c'est que, ne réveillant

aucune sensation désagréable, cette éruption peut naître et parcourir toutes ses périodes, sans que le malade et le médecin s'en soient aperçus; souvent, en effet, il faut une circonstance fortuite pour la constater : le malade s'en apercevra par hasard en sortant d'un bain, ou bien parce que son attention sera attirée par une autre éruption plus visible et plus palpable; d'autres fois le médecin la lui fera remarquer pour la première fois, longtemps après son début, lorsqu'il sera consulté pour une autre manifestation syphilitique, pour un mal de gorge, par exemple.

Quoi qu'il en soit, cet exanthème est caractérisé par des taches de la largeur d'une lentille, d'une pièce de cinquante centimes ou d'un franc, irrégulièrement arrondies, quelquefois frangées et déchiquetées sur leurs bords, sans saillie ou à peine saillantes au-dessus de la peau. Ces macules peuvent présenter des différences de couleur et de configuration tellement tranchées qu'on serait tenté de les prendre pour autant d'éruptions diverses; de là, sans doute, cette variété de dénominations sous lesquelles les ont désignées les auteurs qui ont voulu en donner une idée exacte. Cependant la coloration est presque toujours identique au fond, à l'intensité près, et les variations individuelles qu'elle peut offrir tiennent aux différences que la peau peut présenter, suivant les sujets et suivant les régions du corps. Quant à l'intensité, elle offre différentes nuances, suivant l'âge et le degré d'évolution des macules : la teinte fondamentale est légèrement carminée, d'autant mieux accusée que la peau a plus d'éclat et de blancheur; mais elle peut présenter toutes les nuances du rose et du rouge; elle rappelle en général la couleur désignée sous

le nom de rose de Chine. Elles ont quelquefois une couleur brun-cuivré très-manifeste. Ce sont les taches du ventre qui ont le plus de vivacité, et celles des membres sont d'autant moins vives qu'elles sont plus éloignées du tronc. Quand l'éruption est arrivée à une certaine époque de son développement, cette teinte brune ou rose diminue graduellement jusqu'à sa disparition complète. A cette période de décroissance, comme au début, ces taches sont si peu apparentes qu'il est difficile de les apercevoir, même pour des yeux exercés, et souvent on n'y réussit qu'en les regardant obliquement et à contre-jour, et en ménageant certaines incidences de lumière.

Généralement elles sont en grand nombre, tantôt isolées et complétement séparées les unes des autres, disposition qui imite assez bien celle des taches de la rougeole, non pas quand cette maladie est en pleine évolution, mais quand elle est à son déclin, quand les taches commencent à s'effacer ; c'est ce qui a fait donner à l'affection qui nous occupe le nom de *roséole syphilitique*. Tantôt les macules sont confluentes et disposées en groupes formant de larges marbrures sur les parties latérales de la base de la poitrine ou figurant des cercles, des croissants, des losanges. Entrecoupées par la coloration normale de la peau, elles présentent un aspect marbré caractéristique.

La pression du doigt fait disparaître momentanément ces taches, quand elles sont encore récentes; mais plus tard elles ne disparaissent pas. Quelquefois elles se recouvrent d'une légère desquamation qui cesse bientôt pour ne pas se renouveler.

La syphilide exanthématique se développe spécialement au tronc, à la base de la poitrine, au ventre et surtout

aux flancs, quelquefois à la face interne des membres, très rarement à la figure et au cou.

L'éruption se fait tantôt rapidement en vingt-quatre ou soixante heures, tantôt d'une manière lente et progressive, en plusieurs semaines, mais dans les deux cas c'est presque toujours vers la base de la poitrine et sur les parties latérales du ventre qu'on peut constater les premières traces. Quand l'invasion est brusque, elle a lieu ordinairement à la suite d'un excès quelconque, à la suite de fatigues, après une émotion vive ou bien après un bain. Le second mode d'invasion est de beaucoup le plus fréquent, et il est rare, dans ce cas-là, que la maladie s'étende à tout le corps : le plus souvent elle est limitée à une des régions qu'elle affectionne particulièrement.

Comme dans toutes les syphilides, il n'y a ni chaleur, ni douleur, ni démangeaisons, en un mot, aucun phénomène de réaction locale.

Dans quelques cas l'exanthème syphilitique s'accompagne au moment de l'éruption des symptômes généraux qui forment le cortége habituel des fièvres éruptives : excitation fébrile, inappétence, nausées, vomissements, fatigue, courbature ; mais ces phénomènes sont généralement peu prononcés et fugaces et la santé ne tarde pas à se rétablir.

Nous avons dit que la roséole syphilitique était un des premiers phénomènes de l'infection générale par le virus syphilitique ; il est rare qu'elle se déclare avant la troisième semaine et après le troisième mois, depuis l'apparition du phénomène primitif.

Les phénomènes concomitants de cette syphilide sont nombreux. D'abord elle peut coïncider avec toutes les au-

3° SYPHILIDES VÉSICULEUSES. — Cette troisième variété de syphilide n'est pas commune. Elle est caractérisée par une éruption de vésicules qui peuvent affecter presque autant de formes qu'on en distingue dans les affections vésiculeuses de la peau qui ne sont pas syphilitiques. Ces vésicules offrent cette particularité spéciale, qu'elles ont une grande persistance et ne se rompent qu'au bout de plusieurs jours.

La syphilide vésiculeuse se présente sous trois aspects différents : *a*, *syphilide vésiculeuse eczémateuse; b*, *syphilide vésiculeuse varioliforme; c*, *syphilide vésiculeuse herpétiforme.*

a. Syphilide vésiculeuse eczémateuse. — Elle est caractérisée par de petites vésicules, tantôt disséminées, tantôt réunies en groupes, et aussi rapprochées les unes des autres que dans l'eczéma. Elles sont entourées d'une auréole de couleur cuivrée spécifique ; ces auréoles se confondant par leurs bords, forment par leur réunion de larges plaques d'un rouge sombre ou brun sur lesquelles s'élèvent les vésicules. Le liquide contenu dans les vésicules peut rester transparent ; il peut être résorbé ou s'échapper de la vésicule sans fournir autre chose que des débris épidermiques. D'autres fois, le liquide se trouble, jaunit, les vésicules se rompent, mais beaucoup plus tard que dans l'eczéma ; il se forme alors des croûtes qui, en se détachant, ne laissent plus que de petites plaques brunes plus ou moins étendues. Plusieurs poussées successives de vésicules et de croûtes peuvent prolonger la maladie plus ou moins longtemps. Mais après la chute des dernières squames, la tache brune, qui est le dernier vestige de l'affection, disparait à son tour.

b. Syphilide vésiculeuse varioliforme. — Dans cette forme, plus commune que la précédente, les vésicules sont plus disséminées et plus grosses ; elles ont quelquefois le volume d'une lentille, et semblent être plutôt des bulles que des vésicules; elles sont tantôt acuminées, tantôt globuleuses et quelquefois ombiliquées ; elles contiennent une sérosité qui se trouble rapidement. Autour de ces vésicules existe une auréole cuivrée bien marquée et légèrement saillante ; c'est ordinairement au milieu de cette saillie qu'on distingue la vésicule. Au bout de quelques jours, ces vésicules se rompent et sont remplacées par des croûtes assez épaisses et assez adhérentes, qui ont une coloration et un aspect vert-noirâtre éminemment syphilitique. Ces croûtes tombent et laissent à leur place une petite éminence qui s'affaisse et finit par disparaître elle-même après un certain temps. Alors il ne reste plus de l'affection qu'une tache cuivrée, déprimée à son centre, qui ne tarde pas à s'effacer elle-même.

c. Syphilide vésiculeuse herpétiforme. — La syphilide, à forme d'herpès, se présente, tantôt sous l'aspect de l'herpès phlycténoïde, tantôt sous l'aspect de l'herpès circiné. Dans le premier cas, elle est caractérisée par des vésicules globuleuses à base cuivrée et disposées en groupes irréguliers ; dans le second les vésicules moins volumineuses sont disposées les unes à côté des autres suivant un certain ordre, de manière à décrire des cercles entiers ou des segments de cercle. Ces vésicules sont également entourées d'une auréole cuivrée caractéristique, dont la teinte devient de plus en plus brune. Elles se rompent au bout de sept ou huit jours, et sont remplacées par de petites squames très fines recouvrant des taches d'une

coloration également brune. Dans certains cas, la peau des malades présente une véritable teinte zébrée. Quand les squames ont disparu, restent encore les macules spécifiques qui attestent quelque temps l'existence plus ou moins éloignée d'une affection syphilitique.

Cette variété de syphilide n'a pas de siége de prédilection bien déterminé. On l'a rencontrée à la face, sur le tronc et sur les membres.

Les syphilides vésiculeuses sont toujours précoces : elles se développent généralement dans l'espace d'un à quatre mois, à partir de l'époque de la contagion.

Comme la roséole syphilitique, ces éruptions se trouvent souvent associées avec d'autres formes de syphilides. Les phénomènes concomitants sont ceux que nous avons déjà énumérés.

Marche. — Quelle que soit la forme des vésicules, leur marche est essentiellement chronique et la maladie dure généralement plusieurs mois; elle est ordinairement entretenue par des poussées successives.

Pronostic. — C'est une affection locale légère; mais, comme tout accident constitutionnel, c'est un symptôme grave, parce qu'il accuse une fâcheuse infection de l'économie.

Diagnostic. — Il sera toujours facile de reconnaître cette affection à l'auréole cuivrée qui entoure les vésicules, à la saillie papuleuse qui leur sert de base, aux petites cicatrices cuivrées et pointillées qu'elles laissent souvent après elles, etc.

4° SYPHILIDE PUSTULEUSE. — Nous arrivons à une variété très importante de syphilide, nous voulons parler de la

syphilide pustuleuse, caractérisée par l'éruption de pustules.

Cette forme de syphilide présente trois variétés secondaires, qui sont : 1° la syphilide pustuleuse acniforme; 2° l'ecthyma syphilitique; 3° la syphilide pustulo-crustacée.

1° *Syphilide pustuleuse acniforme.* — Cette variété de syphilide, à laquelle M. Cazenave a donné le nom qu'elle porte, se présente avec des caractères assez tranchés. Les pustules qui la constituent offrent deux parties distinctes : une base d'un rouge assez vif d'abord, et qui brunit plus tard et ne suppure pas, et un sommet qui seul forme la pustule proprement dite et renferme un liquide purulent qui se solidifie en petites croûtes jaunâtres ou brunes. Chaque pustule est de plus entourée d'une auréole rouge brun très marquée. L'acné syphilitique n'a pas, comme l'acné vulgaire, un siége d'élection, tantôt il est disséminé à toute la surface du corps, tantôt il occupe seulement quelques régions, le tronc, la face, les membres supérieurs. Il est rarement confluent; quelquefois les pustules sont disposées par groupes. L'éruption peut être subaiguë ou chronique, mais, quel que soit leur mode d'invasion, les pustules d'acné syphilitique sont généralement petites et se développent assez entement. Elles peuvent rester quinze jours ou trois semaines dans un état tout à fait stationnaire ; alors elles se rompent et le liquide purulent qu'elles contiennent se concrète en petites croûtes inégales, sèches, grises, jaunâtres ou brunes, et qui sont également assez longtemps à se détacher. Lorsqu'elles tombent, elles laissent à découvert, tantôt une petite saillie en forme de papule, tantôt une surface un peu dé-

primée, mais toujours une tache d'une couleur cuivrée très prononcée; dans quelques cas, c'est une petite ulcération superficielle suivie d'une légère cicatrice également déprimée, qui se couvre souvent de débris épidermiques et qui finit par disparaître complétement.

Il n'est pas rare devoir plusieurs éruptions se succéder et la maladie se prolonger ainsi pendant plusieurs mois, surtout lorsque aucun traitement antisyphilitique ne vient enrayer sa marche.

Cette éruption ressemble beaucoup à l'acné vulgaire; la pustule a une base qui ne suppure pas et une auréole d'un rouge foncé. Pour distinguer ces deux affections, il faut considérer d'abord le siége : l'acné se développe spécialement à la figure, à la poitrine et au dos, tandis que la syphilide acniforme n'a pas de siége de prédilection, et, si elle en avait un, ce seraient plutôt les membres supérieurs. Mais les éléments de diagnostic les plus importants sont les phénomènes antécédents et concomitants. Enfin, après la chute des croûtes, la forme déprimée et réticulée de la cicatrice et la teinte cuivrée viendront encore aider le diagnostic.

2° *Ecthyma syphilitique.* — La seconde forme de la syphilide pustuleuse est l'ecthyma syphilitique; plus grave que la précédente, elle est aussi plus commune. Elle est caractérisée par des pustules assez larges entourées d'une auréole d'un rouge sombre; elles ne présentent pas la base dure qu'on retrouve dans l'acné; assez promptement ces pustules se concrètent en croûtes brun-noirâtres; elles se développent comme les pustules d'ecthyma simple, mais elles ont une durée beaucoup plus longue. Les pustules d'ecthyma syphilitique sont ordinairement

isolées et disséminées; le cuir chevelu et les membres sont les régions où elles se développent le plus fréquemment. Quand cette affection siége au cuir chevelu, elle s'accompagne presque toujours d'alopécie; elle se montre alors sous la forme de petites croûtes brunes arrondies, qui s'attachent aux cheveux qu'elles entraînent toujours dans leur chute.

Les pustules débutent quelquefois par une tache rouge circonscrite, au centre de laquelle s'élève une vésicule; bientôt la sérosité de cette vésicule se trouble et se transforme en pus, de sorte qu'on a une pustule d'ecthyma dont le début a été une vésicule. Le plus souvent, la pustule se développe d'emblée autour d'un ou de plusieurs follicules pileux. Cette pustule se rompt bientôt et se recouvre de croûtes brunâtres ou d'un jaune verdâtre, inégales et rocheuses. Sous ces croûtes, généralement peu épaisses, on trouve une ulcération ordinairement superficielle et circonscrite par une auréole cuivrée. Ces ulcérations ne tardent pas à se cicatriser, en laissant des stigmates légers, mais quelquefois durables. Les cicatrices conservent encore longtemps la couleur spécifique.

Il n'est pas rare de voir plusieurs poussées de pustules d'ecthyma survenir successivement avant la guérison complète de la maladie. Cette éruption, comme la précédente, doit être comptée au nombre des accidents secondaires de la syphilis. Son diagnostic est généralement facile; il doit être établi d'après les caractères généraux des syphilides.

3° *Syphilide pustulo-crustacée.* — Cette troisième variété de la syphilide pustuleuse, désignée communément sous le nom de *rupia syphilitique*, est bien plus grave que

les deux variétés précédentes : elle est caractérisée par des pustules plus volumineuses, rapprochées et groupées les unes à côté des autres. Par leur agglomération, elles forment des plaques plus ou moins larges dont la forme n'a rien de spécial. Quand ces pustules se rompent, le liquide purulent qu'elles contiennent se concrète en croûtes épaisses, adhérentes, dont l'épaisseur est augmentée incessamment par une nouvelle sécrétion. Dans certains cas, les croûtes épaisses semblent formées de plusieurs couches superposées. Elles sont généralement dures, verdâtres, brunes ou noires, rocheuses, inégales, hérissées de saillies, qui les ont fait comparer aux coquillages qu'on rencontre sur les bords de la mer ; sur quelques-unes, ces saillies sont mousses et les font ressembler à des écailles d'huîtres ; à la percussion elles donnent souvent un son de pot fêlé. Tantôt elles débordent l'ulcération qu'elles recouvrent ; tantôt, au contraire, elles sont débordées par celle-ci ; quelquefois elles sont comme enchâssées dans ces pertes de substance. Quant aux ulcérations elles apparaissent, à la chute de ces concrétions, arrondies, larges, profondes, avec des bords taillés à pic et anfractueux, et un fond grisâtre : en un mot, elles ont tous les caractères des ulcères syphilitiques. Les cicatrices qui leur succèdent sont indélébiles, d'abord violacées, ensuite d'un rouge cuivré, puis blanches, et enfin tout à fait mates. Elles ont souvent un aspect réticulé et gaufré.

Il n'est pas rare de voir plusieurs générations de pustules et de croûtes se succéder et envahir progressivement toute une région, ou même la plus grande partie du corps, et donner lieu à ces stigmates caractéristiques qui défigurent, quelquefois d'une manière hideuse, les malheureux

qui en sont atteints. Cette dernière forme, qui se guérit à un endroit pour reparaître sur une partie voisine, constitue une variété de la syphilide dite serpigineuse, dont la lésion élémentaire est tantôt une pustule, tantôt un tubercule.

Les deux premières formes de syphilide pustuleuse sont des phénomènes secondaires quelquefois un peu tardifs. Aussi sont-elles accompagnées par les accidents dits secondaires : plaques muqueuses, ganglions post-cervicaux engorgés, ulcérations à la gorge, etc.

La syphilide pustulo-crustacée, au contraire, est bien franchement un accident tertiaire, et, par conséquent, elle se trouve associée aux phénomènes concomitants qui se rattachent aux manifestations tardives de la syphilis : exostoses, tumeurs gommeuses, engorgements partiels de la tunique albuginée, etc.

Maintenant il vous sera facile de prévoir, pour ainsi dire, l'époque approximative à laquelle apparaîtra la syphilide pustulo-crustacée. Elle devra nécessairement se montrer assez longtemps après la disparition des phénomènes primitifs. Il est rare, en effet, qu'on la voie naître dans les premiers mois qui suivent cette disparition ; généralement elle ne se montre qu'au bout de quelques années, quelquefois après quinze, vingt, trente ans ; elle coïncide souvent avec la forme tuberculeuse.

Pronostic. — Pour ce qui est de la syphilide pustulo-crustacée il est toujours assez grave, soit comme lésion locale à cause des ravages que cette affection peut produire, soit comme affection générale ; elle dénote, en effet, une infection profonde et invétérée, dont il est difficile de faire disparaître complétement les effets ; l'exis-

tence de la cachexie syphilitique vient aggraver le pronostic.

Diagnostic. — Généralement le diagnostic est très facile, à cause de la physionomie particulière et des caractères spéciaux et très tranchés de la maladie et des phénomènes concomitants, cependant il peut y avoir et il y a souvent doute ; à une certaine période de la syphilide pustulo-crustacée, la scrofule lui ressemble, en effet, beaucoup dans ses caractères extérieurs : c'est alors qu'il est très utile d'interroger les phénomènes antécédents et concomitants.

5° Syphilide papuleuse. — La syphilide papuleuse est la forme la plus commune qu'on observe et un des phénomènes secondaires les plus précoces ; elle coïncide très souvent avec la roséole syphilitique, et il n'est pas rare de la voir associée à d'autres formes encore, à la forme vésiculeuse par exemple ; nous avons déjà dit que cette polymorphie était un caractère habituel des syphilides. La syphilide papuleuse est caractérisée par une éruption de papules qui se présentent sous l'aspect de petites saillies arrondies et aplaties, n'ayant aucune tendance à s'ulcérer et différant des tubercules syphilitiques par leur volume plus petit et par l'absence d'ulcération.

Nous décrirons deux variétés de syphilide papuleuse assez distinctes par leur forme extérieure et par leur siége : 1° la syphilide papuleuse lenticulaire ; 2° la syphilide papuleuse plate.

1° *Syphilide papuleuse lenticulaire.* — Elle est caractérisée par de petites taches faisant au-dessus de la peau des saillies du volume et de la forme d'une lentille, et

présentant un aspect luisant. La couleur varie suivant la période à laquelle on examine l'éruption. Au début elle est d'un rose rouge, quelquefois à peine rosée; puis, au bout de quinze à vingt jours, elle ne tarde pas à devenir plus foncée jusqu'à la nuance cuivrée caractéristique. Cette teinte *sui generis* persiste quelquefois assez longtemps après la disparition des papules et devient même tout à fait brune. Dans les premiers temps la couleur disparait sous la pression du doigt; mais, dès que la papule est devenue sombre ou cuivrée, la pression ne la décolore pas complétement. A une certaine période de leur évolution, ces papules se couvrent de squames légères, fines et délicates, et sont entourées à leur base d'un liséré blanc dont nous avons déjà parlé, et qui résulte d'un décollement de l'épiderme; chaque papule peut être le siége de plusieurs desquamations successives.

L'éruption se fait tantôt rapidement, tantôt d'une manière lente et insensible. Dans le premier cas, tout le corps est couvert de papules en deux ou trois jours. Mais ce mode d'invasion est très rare; ordinairement le début de l'éruption est beaucoup moins précipité. Quel que soit son mode d'apparition, l'éruption papuleuse ne se fait pas sur tout le corps à la fois : les papules naissent par poussées successives, et souvent vous trouverez dans un point des papules naissantes, à côté des papules complétement développées, et plus loin vous en apercevrez d'autres qui touchent à leur déclin. Ce travail pathologique peut durer ainsi plusieurs mois.

En général, au bout d'un mois ou six semaines d'existence, les papules s'affaissent, on ne voit plus que des taches cuivrées qui plus tard prennent une teinte brune;

plus tard encore, il n'est pas rare de constater, à la place de la papule, une légère dépression avec une très mince cicatrice. Enfin la coloration brune disparaît elle-même, et il ne reste plus que la petite cicatrice déprimée, qui, à son tour, ne tarde pas à s'effacer.

La syphilide papuleuse lenticulaire se montre sur le tronc, surtout dans le dos et aux flancs. Mais la région qu'elle affectionne le plus, c'est la région postérieure du cou, la nuque. On l'observe souvent aussi à la figure et sur les membres.

Ajoutons qu'en raison même de sa nature, cette éruption ne présente ni douleur, ni chaleur, ni démangeaison. Si, au début, il y a quelques légers phénomènes généraux, ils ne tardent pas à disparaître. Comme pour la roséole, on voit fréquemment la syphilide papuleuse être précédée par des douleurs névralgiques dans la tête.

Les phénomènes concomitants sont divers accidents secondaires : plaques muqueuses, engorgement indolent des ganglions post-cervicaux, alopécie, érythème et ulcérations de l'isthme du gosier, etc.

La *marche* de cette affection est essentiellement chronique, surtout quand aucun traitement ne vient l'enrayer; souvent les papules restent dans un état stationnaire pendant plusieurs mois; quelquefois la maladie se trouve prolongée par de nouvelles éruptions qui remplacent celles qui ont déjà disparu.

Diagnostic. — Rien de plus facile à reconnaître que cette affection. La forme et la couleur cuivrée des papules, l'absence de démangeaison, caractérisent tellement la maladie qu'avec un peu d'habitude, à la première vue on peut distinguer les papules syphilitiques, soit des autres

syphilides, soit des affections cutanées ordinaires. Il ne peut y avoir embarras qu'au début ou vers le déclin de l'éruption.

La forme de syphilide qui s'en rapproche le plus est la syphilide tuberculeuse, mais cette variété est un accident éminemment tertiaire, et elle s'accompagne ordinairement d'ulcération.

Les éruptions vulgaires qui peuvent simuler la syphilide papuleuse sont : le lichen, le prurigo, l'*acne indurata* et l'érythème papuleux. Mais le lichen et le prurigo se reconnaitront très bien à l'absence de coloration *sui generis* de la syphilis, à la démangeaison vive qui forme leur caractère fondamental, et surtout à l'absence de phénomènes syphilitiques concomitants. Les mêmes remarques sont applicables aux deux autres affections ; de plus, dans l'érythème papuleux, les saillies sont plus considérables, la teinte vineuse que présente la peau est plus diffuse et plus étendue. Dans l'*acne indurata*, il faut noter la marche chronique et uniforme de l'éruption, et la permanence avec laquelle elle reste fixée à la partie supérieure du tronc.

Le *pronostic* est celui des affections exanthématiques et vésiculeuses de nature spécifique : la syphilide papuleuse est une forme peu grave et qui résiste ordinairement peu à un traitement rationnel.

2° *Syphilide papuleuse plate.* — Cette variété secondaire de syphilide papuleuse ne diffère de la précédente que par la modification de forme et de configuration que présentent les papules. Elle est caractérisée par des saillies plus volumineuses, plus larges et moins acuminées que les papules lenticulaires. Elles peuvent avoir les dimen-

sions d'une pièce de cinquante centimes. Au bout de quelques semaines elles perdent leur luisant et se résolvent en suivant les mêmes phases et les mêmes transformations que les précédentes. Ces papules se couvrent souvent de squames assez épaisses sur la face et dans la barbe. Le front est le siége de prédilection de cette éruption, qui se montre encore quelquefois sur le dos et à la partie antérieure de la poitrine.

A part les légères différences que nous venons de signaler, les autres caractères sont absolument les mêmes que dans la première variété.

6° Syphilide bulleuse. — La syphilide bulleuse, décrite encore sous le nom de pemphigus syphilitique (*pemphigus neo-natorum*), s'observe exclusivement chez les enfants nouveau-nés. Les pieds et les mains sont le principal siége de la maladie. Quelquefois elle existe au moment de la naissance, le plus souvent elle se manifeste quelques heures ou quelques jours après : ce sont d'abord des taches d'un rouge violet ; puis, sur ces taches, apparaissent des bulles pouvant atteindre le volume d'un gros pois ou d'une noisette, et contenant un liquide jaunâtre d'une couleur tout à fait citrine. Au bout de quelques jours ces bulles se rompent et donnent lieu à des ulcérations superficielles qui se couvrent elles-mêmes de croûtes.

A côté de ces phénomènes locaux, il existe des symptômes généraux. D'abord la maladie se développe généralement chez des enfants qui, en apparence, présentent tous les attributs de la bonne santé ; mais, quelques jours après l'apparition de la maladie, il survient de l'amaigrissement, des vomissements, de la diarrhée et un dépérissement

considérable, phénomènes qui ne tardent pas à être suivis de la mort. Quelquefois, avant le terme fatal, plusieurs éruptions se succèdent et prolongent ainsi la maladie. Dans des cas rares les bulles s'affaissent, il se forme des croûtes qui se sèchent et tombent ; au-dessous de ces croûtes on trouve une cicatrice et le petit malade est guéri.

Nous devons au docteur Krauss une excellente thèse sur cette espèce de pemphigus ; mais l'auteur a eu le tort de ne pas la rattacher à la syphilis. MM. Paul Dubois et Cazenave sont les premiers qui aient songé à en faire une des manifestations de la syphilis constitutionnelle. M. Dubois a toujours trouvé les parents imprégnés du virus syphilitique au moment de la conception. Nous devons dire, toutefois, que cette opinion n'est pas partagée par tous les médecins, et que la question ne nous paraît pas complétement jugée. Nous avons eu à observer récemment un cas peu favorable à l'opinion soutenue par M. Paul Dubois, c'est celui d'un pemphigus syphilitique parfaitement tranché chez un enfant nouveau-né ; la guérison eut lieu et il nous fut impossible de trouver la moindre trace d'antécédents syphilitiques chez les parents. M. Ricord a proposé une autre explication : on sait que le pemphigus survient souvent chez des sujets qui ont souffert de quelque façon que ce soit, par la misère, une mauvaise nourriture, des chagrins, etc.; en appliquant ces considérations étiologiques au pemphigus des enfants, M. Ricord fait remonter la cause de cette affection à la faiblesse de la mère, et considérant l'utérus d'une femme malade et affaiblie comme une habitation insalubre pour l'enfant, il pense que le pemphigus est le résultat de ces mauvaises conditions hygiéniques. Mais, si cette explication ingénieuse était fondée, on devrait

retrouver le pemphigus chez des enfants petits et chétifs ; il n'en est rien : au contraire les enfants viennent au monde forts, vigoureux, ayant toutes les apparences de la bonne santé et ne demandant qu'à vivre. L'affaiblissement et l'amaigrissement n'arrivent qu'après la maladie.

Nous ajouterons qu'on n'observe jamais la forme bulleuse chez l'adulte dans la syphilis, et que c'est là encore un argument contre la nature syphilitique du pemphigus des nouveau-nés.

7° SYPHILIDE SQUAMEUSE. – Les affections syphilitiques squameuses sont assez communes. On les rencontre surtout à la paume des mains et à la plante des pieds, sur le tronc et sur les membres ; il faut toutefois faire attention que, dans les affections syphilitiques, on trouve quelquefois des squames qui appartiennent à d'autres lésions élémentaires, et qui ne sont que la dernière période de diverses éruptions antérieures.

Les syphilides squameuses sont caractérisées par l'existence de squames reposant sur une surface à coloration brun-cuivré, qui déborde un peu au delà, de manière à former à la plaque squameuse une auréole cuivrée. Ces squames sont assez adhérentes et présentent, comme caractère général, mais non pas constant, l'existence à leur pourtour d'un liséré blanchâtre, sur lequel Biett insistait beaucoup.

La syphilide squameuse affecte trois formes différentes constituant trois variétés, qui sont : *a*, la *syphilide circinée* ou *lèpre syphilitique ; b*, le *psoriasis syphilitique ; c*, la *syphilide cornée.*

a. Syphilide circinée. — Le principal caractère de cette

affection est sa disposition circulaire. L'éruption forme des cercles ou des segments de cercle, du diamètre d'une pièce d'un franc environ et qui sont constitués par de légères saillies d'un rouge brun sur lesquelles on voit des squames fines, blanches, minces et non imbriquées, configuration qui suffit pour la différencier de la lèpre vulgaire ordinaire. Ces cercles ou segments de cercle persistent pendant un certain temps, puis la saillie diminue, les squames s'effacent, et il reste une tache dont la coloration augmente d'intensité, et prend de plus en plus la teinte cuivrée spéciale. Cette tache, à son tour, diminue et s'efface bientôt complétement ; quelquefois, avant sa disparition, il y a plusieurs desquamations successives dans lesquelles les squames sont de plus en plus fines.

Le cou et les membres sont le siége d'élection de cette variété de syphilide squameuse ; on l'observe aussi aux lèvres et au menton.

La lèpre vulgaire syphilitique est ordinairement un phénomène secondaire, qui s'accompagne le plus souvent d'une affection de la même série : plaques muqueuses, ganglions post-cervicaux, etc.

b. Psoriasis syphilitique. — A côté de cette lèpre vulgaire syphilitique, nous placerons le psoriasis syphilitique, caractérisé par des saillies ordinairement arrondies ou ovalaires, d'autres fois par des cercles ou des segments de cercle irréguliers. Ces saillies, d'un rouge brun cuivré, sont couvertes de squames qui ne sont ni imbriquées ni épaisses comme dans le psoriasis ordinaire, mais beaucoup plus minces. Les plaques n'ont pas généralement une grande étendue, et elles sont séparées les unes des autres par des intervalles sains.

Au bout d'un certain temps, les saillies brunes s'affaissent, les squames tombent, puis il reste, comme toujours, de simples taches qui disparaissent elles-mêmes un peu plus tard.

Le psoriasis est souvent associé avec d'autres formes de syphilis secondaires et particulièrement avec la forme papuleuse ; il semble même, dans certains cas, que la forme squameuse soit consécutive aux papules qui s'effacent peu à peu pour faire place aux squames. Il se présente ordinairement à une époque peu éloignée de la contagion.

Diagnostic. — Le psoriasis syphilitique se reconnaît principalement par la couleur cuivrée des plaques, par leur peu d'étendue, par le peu d'épaisseur des squames et par la coïncidence de quelque autre phénomène syphilitique bien évident.

Il est vrai que dans le psoriasis commun vous trouvez souvent des taches avec une rougeur cuivrée et des squames disposées de la même manière, mais on doit se rappeler alors que le psoriasis vulgaire siége spécialement aux genoux et aux coudes, ce qui n'a pas lieu dans la syphilis; et c'est surtout dans ces cas douteux qu'on voit apparaître l'importance des phénomènes concomitants qu'on rencontre généralement associés au psoriasis spécifique.

Le psoriasis peut encore se présenter avec un autre cachet tout particulier qu'il emprunte à son siége spécial, aux mains et aux pieds. Il n'est pas rare, en effet, de voir la syphilide squameuse revêtir la forme du *psoriasis palmaria* et *plantaria*. La présence isolée du psoriasis dans ces régions est toujours une très forte présomption en faveur de sa nature syphilitique. Dans cette affection, la paume des mains et la plante des pieds sont sillonnées par des ger-

çures, par des fentes et par de véritables rhagades qui s'étendent quelquefois jusqu'aux bords de ces régions, jusqu'au poignet et jusqu'au-dessus des malléoles. Il existe également le plus souvent autour des squames un liséré rouge brun tout particulier ; l'éruption affecte quelquefois la forme circulaire ou demi circulaire. Enfin les squames sont plus minces et plus fines que dans le psoriasis ordinaire.

c. Syphilide cornée. — Cette forme s'observe ordinairement aussi à la paume de la main et à la plante des pieds. Elle est caractérisée par de petites plaques arrondies, à peine saillantes et entourées d'une auréole d'un brun cuivré très marqué. L'épiderme est racorni, dur; et rend à la percussion de l'ongle un son mat et sec : si l'on cherche à enlever cet épiderme, on s'aperçoit facilement qu'il est transformé en une véritable production cornée, enfoncée profondément dans l'épaisseur du derme ; cette production cornée a beaucoup de ressemblance avec l'altération épidermique désignée sous le nom de cor. Elle a des caractères tellement tranchés qu'il suffit de l'avoir vue une seule fois pour ne plus l'oublier et pour ne jamais la confondre avec une autre affection de la peau. On rencontre quelquefois à la paume des mains et à la plante des pieds des taches brunes et violacées, également de nature syphilitique, et qui pourraient seules embarrasser un médecin peu attentif ou peu exercé au diagnostic des maladies de peau ; mais elles n'ont de commun avec la variété de syphilide dont nous nous occupons que la coloration et le siége.

La forme de syphilide cornée n'est pas très rare ; c'est un phénomène secondaire qui se développe peu de temps

après la disparition de l'accident primitif; il est ordinairement associé avec la *syphilide papuleuse* et je pense même que cette forme décrite par tous les auteurs comme une maladie squameuse, n'est qu'une éruption papuleuse qui doit son aspect particulier à l'épaisseur de l'épiderme des régions où se développent les papules. Dans ces diverses formes squameuses, comme dans toutes les syphilides, il n'y a ni douleurs ni démangeaisons.

8° SYPHILIDE VÉGÉTANTE. — Il y a deux espèces de syphilide végétante : *a*, les *plaques muqueuses*, *b*, les *excroissances syphilitiques*.

a. Plaques muqueuses. — La plus commune, la plus importante de ces deux variétés est certainement la plaque muqueuse décrite encore sous le nom de *syphilide papuleuse humide*, de tubercules plats, etc. La plaque muqueuse est caractérisée par des saillies arrondies ou ovalaires, d'une consistance molle rappelant celle des membranes muqueuses, caractère qui lui a valu son nom. Tantôt entourées d'une auréole rouge, tantôt sans auréole, les plaques muqueuses débutent par un léger boursouflement avec rougeur de la partie qui doit en être le siége ; bientôt l'épiderme s'enlève et laisse en disparaissant une surface tantôt rouge et saignante, tantôt recouverte d'un enduit grisâtre, pultacé, résultant d'une sécrétion plastique muco-purulente. Elles exhalent habituellement une odeur fade et fétide extrêmement désagréable. Sur les muqueuses, les papules humides font souvent une saillie à peine appréciable, d'autres fois la base sur laquelle elles reposent est indurée, ses bords deviennent très saillants, se renversent, et alors elles pas-

sent à l'état de véritables condylomes. Enfin, au lieu d'être saillantes, les plaques muqueuses sont quelquefois déprimées à leur centre, sans boursouflement de leurs bords. Leur surface peut présenter dans des cas rares des fissures, des érosions et même de petites ulcérations.

Contrairement à ce qu'on observe dans les autres syphilides, celles-ci s'accompagnent de démangeaisons ardentes et de douleurs parfois vives, surtout lorsqu'elles siégent à l'anus, à la vulve ou dans les espaces interdigitaux. Les plaques muqueuses peuvent même devenir le point de départ d'une inflammation et donner lieu à des abcès; c'est ce qu'on observe quelquefois sur les grandes lèvres.

La plaque muqueuse est peut-être la plus commune de toutes les éruptions syphilitiques ; elle est souvent le premier symptôme de la syphilis constitutionnelle ; elle vient s'associer à la plupart des syphilides précoces.

Cette affection est plus fréquente chez la femme que chez l'homme. Les régions où elle se développe le plus fréquemment sont : chez la femme, la vulve, les grandes et les petites lèvres; chez l'homme, le prépuce, le scrotum, et dans les deux sexes, l'anus, le pourtour de la bouche, les commissures et la face interne des lèvres, les amygdales, le pharynx, les piliers du voile du palais et la langue ; on l'observe encore à la face interne des cuisses, aux ailes du nez, aux aisselles, à l'ombilic, en un mot sur toutes les muqueuses qui sont au contact de l'air et sur les parties de la peau qui, par leur état de chaleur et d'humidité habituelles, se trouvent dans des conditions analogues à celles des muqueuses. Notons aussi que le frottement est une condition favorable pour leur déve-

loppement. On a encore vu des plaques muqueuses se développer sur d'autres points du corps : sur le cuir chevelu et sur le front, par exemple.

Le plus souvent, la plaque muqueuse apparaît sur une partie de peau ou muqueuse primitivement saine. Dans des cas plus rares, elle vient en quelque sorte se greffer sur un chancre encore ulcéré ou sur un chancre cicatrisé.

b. Excroissances syphilitiques. — A côté des plaques muqueuses, nous placerons les excroissances syphilitiques : *verrues*, *choux-fleurs*, *condylomes*, etc. L'aspect et la forme de ces excroissances sont très variables. Tantôt elles conservent la couleur du tissu sur lequel elles sont implantées, tantôt elles sont d'un rouge vif, framboisé. Souvent elles forment de petites tumeurs de la grosseur d'un grain de chènevis ; tantôt elles ont le volume d'une noix, et plus ; elles sont sessiles ou pédiculées ; d'autres fois, elles forment une masse qui ressemble à une crête de coq ou à un choufleur ; et ce sont ces variétés de forme et d'aspect qui leur ont valu les différents noms sous lesquels on les a désignées. Tout en admettant la nature syphilitique de ces excroissances dans la majorité des cas, il ne faut pas oublier que bien souvent on observe à l'anus et à la vulve des excroissances parfaitement semblables à celles que nous venons de décrire, sans qu'il soit possible de constater la moindre trace de syphilis, soit dans l'état actuel, soit dans les antécédents des sujets qui les présentent.

9° SYPHILIDE TUBERCULEUSE. — On désigne sous le nom de tubercules syphilitiques de la peau des tumeurs arrondies, d'une consistance assez ferme, du volume d'un pois

et quelquefois d'une noisette, avec coloration d'un rouge cuivré caractéristique, et existant sans douleur ni prurit.

La syphilide tuberculeuse n'est pas la plus fréquente des syphilides ; c'est une des plus rares et en même temps des plus graves.

C'est une syphilide tardive qui appartient à l'ordre des phénomènes tertiaires. Il est rare qu'elle apparaisse comme premier accident constitutionnel : elle se montre ordinairement après des symptômes syphilitiques de différentes formes ; il n'est pas rare de la voir se développer chez des sujets qui ont eu des accidents syphilitiques, quinze, vingt et trente ans auparavant et qui, pendant ce long intervalle, ont eu tous les attributs de la bonne santé. Elle peut occuper toutes les parties du corps, mais elle se développe particulièrement à la face, à la partie postérieure du tronc, à la région scapulaire et à la face dorsale des membres supérieurs et inférieurs.

Les tubercules syphilitiques siégent dans les couches profondes du derme ou dans le tissu cellulaire sous-cutané. Ils débutent par un engorgement des cônes celluleux de la face interne de la peau ou du tissu cellulaire qui double cette membrane. Suivant leur disposition et leur mode de terminaison, les tubercules syphilitiques présentent, d'après les auteurs qui les ont décrits, quatre variétés distinctes : *a*, la *syphilide tuberculeuse en groupes*, *b*, la *syphilide tuberculeuse disséminée*, *c*, la *syphilide tuberculeuse perforante*, *d*, la *syphilide tuberculeuse serpigineuse*. — Nous allons décrire tous ces différents aspects, en faisant toutefois une réserve pour la syphilide tuberculeuse disséminée, qui nous paraît véritablement n'être qu'une syphilide papuleuse exagérée.

a. Syphilide tuberculeuse en groupes. — C'est la variété la plus commune ; dans cette forme les tubercules se présentent sous des aspects très divers. Les uns, petits, durs au toucher, ne font qu'un léger relief au-dessus de la peau ; mais leur base paraît en occuper toute l'épaisseur ; la plupart sont plus gros, ils atteignent le volume d'un pois, d'une noisette ou d'une petite noix. Leur disposition est quelquefois très irrégulière, mais, le plus ordinairement, ils se rapprochent plus ou moins de la forme circulaire et forment par leur rapprochement et leur disposition des cercles ou des segments de cercle. L'aire du cercle ordinairement débarrassée de tubercules est toujours d'une couleur plus foncée que la peau saine ; très souvent même elle est occupée par une cicatrice légère, d'un rouge sombre, cuivré, couverte ou non de squames. Voici comment se forment ces cercles : un ou plusieurs tubercules apparaissent d'abord sur un point circonscrit ; au bout d'un certain temps ils s'affaissent et se résolvent le plus souvent avec cicatrice. Pendant que ces tubercules se flétrissent, d'autres naissent autour d'eux et le cercle se trouve ainsi formé, avec les caractères que nous venons d'indiquer. Plusieurs générations de tubercules peuvent se succéder de cette manière en opérant une extension centrifuge. Il peut se faire que la maladie guérisse sur un ou plusieurs points de la circonférence, tandis qu'elle continue son évolution sur d'autres points ; la disposition circulaire se trouve ainsi interrompue et l'on voit alors des segments de cercles au lieu de cercles complets. Les tubercules qui composent un anneau sont parfois très distincts les uns des autres, mais souvent aussi ils se confondent par leurs bords et, en se réunissant,

ils forment un bourrelet continu dans toute son étendue.

A leur début, ces tubercules sont d'une couleur rouge assez vive ; plus tard, on voit apparaître la couleur cuivrée spéciale aux éruptions syphilitiques. En même temps, la surface des tubercules est tendue, lisse, luisante. L'épiderme fin et transparent qui les recouvre, laisse trancher leur couleur cuivrée sur celle de la peau voisine.

La marche de cette affection est essentiellement chronique. Les tubercules se développent lentement sans chaleur ni douleur, sinon dans certains cas exceptionnels, à la suite de fatigue, d'excès de boisson.

La durée des tubercules est toujours fort longue. Il arrive souvent qu'un ou plusieurs groupes de ces petites tumeurs disparaissent dans un point, tandis qu'un autre se montre dans une autre région, et par cette succession d'éruptions la maladie peut être prolongée pendant longtemps.

Le plus souvent cette maladie se termine par résolution ; les tumeurs s'affaissent, leur surface devient squameuse et leur place n'est bientôt plus accusée, d'abord, que par une tache de couleur spécifique ; puis à cette tache succède, en dernier lieu, une cicatrice déprimée, indélébile. Cette cicatrice prouve que la peau, sans être ulcérée, a cependant été profondément altérée dans sa texture. D'autres fois, le centre des tubercules se ramollit : il survient des ulcérations arrondies, recouvertes de croûtes d'un vert noir. Plus tard la cicatrisation survient également avec une cicatrice déprimée, violacée d'abord, qui blanchit plus tard.

La syphilide tuberculeuse en groupe se présente sur-

tout au visage, aux lèvres, au menton, autour des ailes du nez. C'est un phénomène syphilitique tardif qui est observé ordinairement plusieurs années après l'infection.

Le diagnostic de cette forme est ordinairement facile, le siége de l'éruption, la couleur cuivrée, la disposition arrondie, l'absence de phénomènes locaux, sont les caractères principaux à l'aide desquels on peut la reconnaître.

b. Syphilide tuberculeuse disséminée. — On a donné le nom de syphilide tuberculeuse disséminée à une éruption caractérisée par le développement de tubercules arrondis, du volume d'un pois, luisants, d'un rouge sombre et disséminés sur diverses régions, principalement sur la figure, sur le tronc et sur les membres supérieurs. Ces tubercules, dont quelques-uns sont disposés de manière à figurer des cercles plus ou moins réguliers, se recouvrent, au bout d'un certain temps, d'une fine squame blanche et mince ; ils ne sont pas susceptibles de s'ulcérer ; ils disparaissent, en laissant une petite tache brune déprimée, puis une légère cicatrice qui ne persiste pas ordinairement. Cette éruption ne s'accompagne ni de douleur, ni de démangeaisons. C'est un phénomène secondaire qui survient plusieurs mois seulement après le phénomène primitif; on la rencontre associée avec d'autres éruptions précoces et particulièrement avec la syphilide papuleuse. Pour nous, la syphilide tuberculeuse disséminée n'est, à vrai dire, qu'une syphilide papuleuse exagérée : l'association fréquente de cette dernière forme, l'époque d'apparition des tubercules, l'absence d'ulcération et de cicatrices profondes et durables, sont autant de raisons pour séparer les tubercules disséminés des

autres formes tuberculeuses et pour les rapprocher des éruptions papuleuses.

c. Syphilide tuberculeuse perforante. — Nous arrivons à une variété de syphilide tuberculeuse beaucoup plus grave que les deux précédentes. Ordinairement, elle débute par l'apparition sur différents points du corps, mais plus particulièrement sur la face et sur les membres, de tubercules du volume d'une noisette, d'une noix et même d'un œuf de poule, dont la coloration présente toutes les nuances déjà indiquées dans les deux premières variétés : rouge vif, rouge sombre, cuivré, etc. Ces tubercules, en nombre variable, quelquefois tout à fait isolés, d'autres fois réunis deux, trois ou quatre ensemble; dans ce dernier cas, ils sont tantôt irrégulièrement disséminés, tantôt disposés circulairement. Jamais ils ne couvrent toute la surface du corps à la fois, et lorsqu'on trouve des malades dont tout le corps est, pour ainsi dire, couvert de cicatrices syphilitiques, qui semblent se rapporter à cette variété de syphilide, on doit supposer qu'il y a eu plusieurs éruptions successives.

Au bout de quelque temps, les tubercules, d'abord pleins et durs, se ramollissent, la peau s'altère et s'amincit, puis se perfore, et on a une ulcération plus ou moins profonde à fond grisâtre et sanieux, à bords taillés à pic. Ces ulcérations se couvrent de ces croûtes dont nous avons déjà parlé, à propos des syphilides pustuleuses, et qui sont d'un noir verdâtre, souvent tout à fait noires, rugueuses et inégales. Elles acquièrent une épaisseur parfois considérable et, nous l'avons déjà dit, recouvrent les ulcérations soit complétement, soit en partie seulement. Ces croûtes peuvent tomber et se renouveler plusieurs

fois, et pendant tout ce temps, les ulcérations sur lesquelles elles reposent, sans s'étendre en superficie, gagnent en profondeur et rongent tous les tissus qu'elles rencontrent à la manière des scrofulides perforantes. Les cartilages, les os eux-mêmes ne peuvent arrêter leur marche destructive; c'est ainsi qu'on voit les joues et les lèvres perforées, les cartilages du nez détruits, la voûte palatine ulcérée et une large communication établie entre la cavité buccale et les fosses nasales. De là ces difformités horribles et ces incommodités hideuses qui affectent ces malheureux et en font un objet de dégoût pour eux-mêmes et pour les personnes qui les entourent.

Pour compléter le tableau de cette affreuse maladie, nous ajouterons que, comme dans les autres variétés de syphilis, il n'y a ni douleur, ni cuissons, ni prurit; on s'étonne véritablement, à bon droit, qu'une maladie si grave puisse se développer sans présenter de réaction locale ou générale. Il n'est pas rare cependant, malgré l'absence de la douleur, d'observer une altération plus ou moins grave de la constitution, une cachexie qui appartient à l'époque de la syphilis à laquelle se développent ces tubercules. L'affection arrivée à ce degré d'intensité peut encore guérir soit spontanément, soit sous l'influence d'un traitement convenablement dirigé. Les ulcérations se détergent, leurs bords s'affaissent, le fond bourgeonne, tend à se rapprocher de la superficie et alors la cicatrisation se fait, mais les malades présentent des cicatrices difformes, déprimées, froncées et indélébiles. Lorsqu'elles sont récentes, elles sont d'une couleur rouge sombre violacée caractéristique, plus tard elles blanchissent et prennent une couleur d'autant plus mate qu'elles sont plus

anciennes; quelques-unes de ces cicatrices sont lisses, unies, mais la plupart sont inégales et sillonnées de brides inodulaires; il est rare qu'elles soient de niveau avec la peau, presque toujours elles sont déprimées. La forme, l'étendue et l'aspect de ces cicatrices suffisent généralement pour révéler leur nature.

La syphilide tuberculeuse perforante peut siéger sur toutes les parties du corps, mais elle a une prédilection pour la face et pour le nez.

C'est un phénomène tertiaire qui coïncide rarement avec d'autres éruptions, mais qui s'accompagne souvent d'exostoses, de tumeurs gommeuses et d'un état général cachectique. Il apparaît rarement avant dix-huit mois ou deux ans après l'infection, on le voit souvent se développer de longues années après la disparition des accidents primitifs.

Le *diagnostic* est généralement facile, quelle que soit l'époque de la maladie. La forme et le volume des tubercules, l'aspect des ulcérations et des croûtes, les phénomènes antécédents et concomitants, la marche de l'affection, le caractère même des cicatrices, seront autant de signes qui serviront au médecin à dévoiler la nature du mal.

Le *pronostic* est grave; la syphilide perforante est une maladie longue : elle s'étend en profondeur, on a souvent de la peine à arrêter ses progrès; elle ne guérit qu'au prix de cicatrices très apparentes; la coexistence de phénomènes de cachexie augmente encore de beaucoup leur pronostic. Cependant, en l'absence de l'altération de la constitution, un traitement rationnel, longtemps et habi-

lement exécuté, peut triompher du mal et amener la guérison d'ulcérations très profondes.

d. Syphilide tuberculeuse serpigineuse. — Cette quatrième et dernière variété de syphilide tuberculeuse est, comme la précédente, caractérisée par sa tendance extrême à s'étendre. Elle en diffère en ce qu'au lieu de s'étendre en profondeur, elle gagne en superficie. Elle débute d'abord par plusieurs tubercules, tantôt irrégulièrement disposés, tantôt rangés en cercle et souvent mélangés à des pustules. Ces tubercules se ramollissent promptement, les pustules se rompent, et il en résulte des ulcérations ordinairement assez superficielles qui se couvrent de croûtes noires, inégales et épaisses. Au bout d'un certain temps, ces croûtes se détachent spontanément, et laissent voir une cicatrice violacée un peu inégale; mais, en même temps, il se développe dans le voisinage d'autres tubercules ou d'autres pustules qui vont s'ulcérer encore, pendant qu'une troisième génération va se montrer plus loin, pour subir les mêmes phases. Tantôt cette extension de la maladie a lieu sans présenter d'interruption, et c'est la même plaque qui progresse et gagne en s'élargissant; d'autres fois, c'est dans une région plus ou moins éloignée qu'on voit apparaître une nouvelle éruption qui restera isolée ou bien qui se joindra dans sa marche envahissante à une ou plusieurs autres du voisinage. Le plus ordinairement, ces poussées ont lieu à des époques assez rapprochées les unes des autres, et se succèdent, pour ainsi dire, de manière qu'on rencontre souvent des malades présentant tous les âges de la maladie : lésions élémentaires, tubercules ou pustules, ulcérations

et croûtes, cicatrices violacées, puis cicatrices blanches réticulées déjà anciennes.

Autour de l'éruption serpigineuse il existe une auréole cuivrée bien distincte, sa configuration est presque constamment arrondie ou ovalaire ; il n'y a ni douleur, ni démangeaison ; en un mot, on rencontre tous les caractères généraux des syphilides. La santé générale est quelquefois conservée, mais cependant il peut y avoir des phénomènes de cachexie.

Le propre de cette variété de syphilide tuberculeuse est d'aller en serpentant comme son nom l'indique.

La marche, la durée, le diagnostic et le pronostic ne nous présentent aucune considération nouvelle. La syphilide serpigineuse appartient aux phénomènes tertiaires. Nous n'avons rien à ajouter sur ce que nous avons dit à ce sujet dans la variété précédente : la syphilide serpigineuse est cependant moins grave ; elle cède plus vite au traitement et laisse des cicatrices moins profondes. Du reste ces deux formes sont souvent associées.

TRAITEMENT DES SYPHILIDES.

Le traitement des syphilides est celui de la syphilis en général. Le médecin doit d'abord combattre l'état général ; or, il ne peut y arriver que par les antisyphilitiques. Mais à côté de ce traitement général il y a quelques précautions spéciales qu'on ne doit pas négliger.

Les principaux moyens employés sont les préparations métalliques ; on a préconisé les préparations d'argent et d'or, mais ces moyens sont trop souvent infidèles, aussi sont-ils généralement délaissés maintenant.

L'antisyphilitique, par excellence, c'est le mercure : administrez une préparation mercurielle quelle qu'elle soit : liqueur de Van-Swieten, pilules de Dupuytren, de Sédillot, etc., et vous serez presque toujours sûrs de réussir. Cependant nous devons dire que, selon nous, la meilleure manière de donner le mercure, c'est de le donner sous forme de proto-iodure d'après la formule suivante :

Proto-iodure d'hydrargyre.....	1 gramme.
Thridace..................	2 grammes.

F. s. a. 40 pilules.

On donne d'abord une, puis deux, trois, quatre pilules par jour, on ne dépasse presque jamais cette dernière dose. En même temps, on ajoute à la préparation mercurielle les accessoires ordinairement employés dans la syphilis : tisanes de gaïac, de salsepareille, de saponaire ou de houblon.

Les moyens que nous venons d'indiquer suffisent dans les syphilides exanthématique, vésiculeuse, pustuleuse; mais il y a d'autres syphilides dans lesquelles les préparations mercurielles ne suffiraient pas : il faut y joindre l'iodure de potassium.

Comme vous le voyez, les syphilides, sous le rapport du traitement mercuriel, se divisent en deux classes : les unes, ce sont les syphilides secondaires, cèdent au traitement mercuriel seul; celles de la seconde classe, qui comprend les manifestations tardives de la syphilis, celles qui appartiennent à un âge avancé de la syphilis, tubercules et pustules d'ancienne date, réclament les préparations mercurielles et iodurées.

Le meilleur moyen d'associer les préparations mercurielles et l'iodure de potassium, c'est d'administrer ces deux remèdes séparément à des heures différentes; l'iodure de potassium est pris avec la tisane, par exemple, dans de la tisane de houblon. On donne 1 ou 2 ou 3 grammes d'iodure de potassium par litre de tisane, et 1 ou 2 pilules de proto-iodure de mercure par jour.

Nous nous sommes quelquefois bien trouvé dans les syphilides tuberculeuses, surtout dans la variété perforante, de l'emploi de la préparation suivante :

Eau distillée..............	250 grammes.
Iodure de potassium........	16 —
Bi-iodure de mercure..	0.5 ou 0,10 centigr.

Une cuillerée à bouche par jour dans une tasse de tisane.

Quelques topiques sont aussi employés : ce sont simplement, dans certains cas, des lotions émollientes ou des cataplasmes pour faire tomber les croûtes; mais, quand ces croûtes sont dures et recouvrent des ulcérations profondes, il ne faut pas les faire tomber tout de suite, il vaut mieux auparavant modifier l'état général. En agissant ainsi, il arrive souvent que les ulcérations guérissent sous les croûtes, et que celles-ci, n'étant plus retenues, tombent d'elles-mêmes et laissent à leur place des cicatrices déjà formées.

Dans quelques cas de syphilide tuberculeuse perforante ou serpigineuse et même aussi d'ulcération d'ecthyma syphylitique, on emploie avec avantage, pour faciliter et hâter la cicatrisation des plaies ulcérées, une pommade dont voici la formule :

Axonge..................	30 grammes.
Proto-iodure d'hydrargyre...	0,50 centigr.

Quelquefois aussi, dans les mêmes circonstances, on hâte la cicatrisation par des cautérisations faites avec le nitrate d'argent.

Enfin, dans les syphilides qui sont longues à disparaître et surtout lorsque la constitution générale du sujet paraît altérée, il faut conseiller une saison aux eaux minérales, et choisir de préférence les eaux minérales sulfureuses, telles sont celles de Baréges, de Bagnères-de-Luchon, d'Uriage, etc. Elles sont très efficaces aussi pour consolider la guérison qui n'est pas encore parfaite. Mais, si la maladie est encore apparente, il est nécessaire de continuer ce traitement mercuriel pendant l'administration des eaux. Les eaux minérales sulfureuses sont encore indiquées dans une autre circonstance, c'est lorsqu'on est dans l'indécision sur la nature précise d'une affection cutanée et que les caractères syphilitiques ne sont pas très tranchés. Si la maladie est syphilitique, les eaux auront pour effet de faire apparaître quelque symptôme bien caractéristique, et surtout les eaux sulfureuses, car elles jouissent de cette propriété révélatrice à un très haut degré ; il en est de même des eaux de Louesche, quoiqu'elles ne contiennent pas de soufre.

Dans le traitement ordinaire, on doit encore ajouter à ce que nous avons déjà dit, les bains simples et sulfureux. Pour les enfants et pour les personnes qui ne peuvent pas supporter le mercure à l'intérieur, on le remplace ordinairement par les bains de sublimé. Enfin, on pourra prescrire les pommades au calomel, certaines lotions astringentes dans les plaques muqueuses, les caustiques dans les végétations, l'huile de cade dans certaines formes squameuses et tuberculeuses.

Comme accessoire important, nous indiquerons encore le traitement hygiénique qui comprend l'abstention de tout aliment excitant, de vin pur, de café, de liqueurs, l'absence de fatigue et de veilles. C'est quelquefois faute de vouloir se soumettre à ces règles, que les malades attendent longtemps leur guérison, malgré l'administration des médicaments convenables.

FIN.

LEÇONS

SUR LES

MALADIES DE LA PEAU

Paris. — Imprimerie de L. MARTINET, rue Mignon, 2

LEÇONS

SUR LES

MALADIES DE LA PEAU

PROFESSÉES A L'HOPITAL SAINT-LOUIS

Par le docteur HARDY,

Professeur de clinique des maladies de la peau à la Faculté de médecine de Paris,
Médecin de l'hôpital Saint-Louis, chevalier de la Légion d'honneur,

Rédigées et publiées

Par le docteur Almire GARNIER,

Ancien interne des hôpitaux.

REVUES ET APPROUVÉES PAR LE PROFESSEUR.

DEUXIÈME PARTIE.

MACULES ET DIFFORMITÉS DE LA PEAU.

MALADIES CUTANÉES ACCIDENTELLES. — MALADIES PARASITAIRES.

DEUXIÈME ÉDITION,

REVUE ET CORRIGÉE.

PARIS

ADRIEN DELAHAYE, LIBRAIRE-ÉDITEUR,

PLACE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 23.

1863

AVANT-PROPOS

DE LA PREMIÈRE ÉDITION.

En publiant la seconde partie de mes leçons sur les maladies de la peau, je n'ai pas besoin de rappeler les principes qui m'ont guidé dans l'étude et dans l'enseignement de ces affections, et qui ont été exposés dans ma première publication. Je redirai seulement que j'ai cherché à classer toutes les maladies de la peau dans dix groupes ou familles naturelles comprenant des espèces se ressemblant par leurs caractères généraux de causalité, de marche, d'indications thérapeutiques, quoiqu'elles paraissent souvent très différentes relativement à l'aspect des éruptions. J'ai assez insisté sur l'avantage pratique de cette manière beaucoup plus simple de comprendre les maladies de la peau, pour n'avoir pas à y revenir.

On pourra critiquer la formation de quelques groupes; on pourra discuter sur l'admission de telle ou telle maladie dans un groupe ou dans un autre, peu importe : je ne pré-

tends pas que ma classification soit à l'abri de tout reproche; mais je crois devoir maintenir l'utilité des grands groupes qui étaient toujours restés dans l'esprit des médecins praticiens, et qui n'ont été acceptés de nouveau si facilement que parce qu'ils étaient appuyés sur des faits bien positifs et parce qu'ils étaient féconds en résultats pratiques. Il n'y a que les personnes trop engagées dans les opinions contraires par des publications antérieures, qui puissent méconnaître l'importance d'une telle manière de voir, et qui veuillent chercher bien inutilement à y mettre obstacle. Elles auront beau faire, la classe des dartres, la classe des scrofulides et celle des maladies parasitaires sont maintenant aussi solidement établies en nosologie cutanée que peut l'être celle des syphilides due aux travaux d'Alibert et de Biett, et admise par tout le monde depuis plus de trente années.

L'année dernière, j'ai publié mes leçons sur les maladies diathésiques de la peau, et j'ai présenté la description des dartres, des scrofulides et des syphilides; cette année, je soumets au public médical mes leçons sur les maladies de la peau indépendantes de toute diathèse, et je décris, d'après mes observations cliniques: 1° les difformités de la peau; 2° les maladies inflammatoires simples de la peau, soit purement locales, soit coïncidentes avec un état général de l'économie, mais présentant surtout pour caractère principal d'être un accident, et non une manifestation

nécessaire d'un état constitutionnel permanent; et 3° enfin les maladies parasitaires telles qu'elles sont comprises par M. Bazin et par moi, et telles qu'on doit les comprendre d'après les travaux les plus récents. Pour l'étude de cette dernière classe, j'ai dû me livrer aux recherches micrographiques nécessaires, et j'aurais désiré joindre des planches pour aider à l'intelligence du texte, mais ces planches m'ont paru une répétition si complète de celles de M. Bazin, que j'ai hésité à les publier; je ne saurais donc mieux faire, pour ceux qui voudraient juger de l'apparence des parasites au microscope, que de les renvoyer aux planches de l'ouvrage de M. Bazin (1).

La publication de ces six grandes classes de maladies de la peau : *difformités de la peau*, *maladies inflammatoires accidentelles*, *maladies parasitaires*, *dartres*, *scrofulides* et *syphilides*, embrasse toutes les maladies cutanées réputées spéciales, et qu'on a l'habitude d'étudier à part.

Les fièvres éruptives et les éruptions symptomatiques d'une maladie générale fébrile ou scorbutique, rentrant dans la pathologie interne ordinaire, tandis que les cancers et cancroïdes de la peau appartiennent à la chirurgie, je puis donc dire que mes leçons représentent un traité de dermatologie. J'aurais désiré toutefois joindre la description

(1) *Leçons théoriques et cliniques sur les affections cutanées parasitaires*, professées par le docteur Bazin, rédigées et publiées par Alfred Pouquet, interne de l'hôpital Saint-Louis. 2e édit., revue, corrigée et augmentée. Paris, 1862. Adrien Delahaye, éditeur.

des maladies cutanées exotiques à celles des autres affections spéciales à la peau, mais j'avoue que les occasions de les étudier ont été pour moi encore trop rares pour que j'ose me permettre d'en donner une histoire fondée sur l'observation clinique. J'ai mieux aimé les laisser de côté que de répéter, sans critique possible, ce que les auteurs ont écrit sur ces affections.

En terminant ces lignes préliminaires, je désire adresser mes remercîments à M. Garnier, mon interne, qui a recueilli mes leçons et qui a présidé à leur publication. Je remercie également M. Mottet, interne provisoire dans mon service pendant quelque temps, qui a rédigé mes deux premières leçons. Si ce volume est accueilli avec autant de faveur que le précédent, je pense qu'une grande part dans le succès doit leur revenir.

A. Hardy.

Paris, 15 juillet 1859.

LEÇONS

SUR LES

MALADIES DE LA PEAU

PREMIÈRE CLASSE

MACULES ET DIFFORMITÉS DE LA PEAU.

Sous le titre de *macules* et *difformités de la peau* viennent se ranger une foule d'affections très variées dans leur aspect extérieur, mais plutôt curieuses que réellement intéressantes à étudier. La thérapeutique est le plus souvent impuissante à les faire disparaître et quelquefois même à les modifier; mais il est indispensable de les connaître, pour ne pas les confondre avec d'autres affections d'une nature toute différente, et dont la curation doit être entreprise avec soin et espérance de succès.

Les macules et les difformités sont des lésions congénitales ou acquises, dont le caractère presque constant est de rester dans l'état stationnaire, une fois qu'elles ont acquis leur développement complet. C'est en vain qu'on essayerait de les combattre par des topiques non irritants, l'instrument tranchant ou les caustiques en feront presque toujours justice lorsqu'elles sont limitées à un petit espace; mais là encore il sera nécessaire de garder une grande réserve, car ce sera presque toujours au prix d'une cicatrice indélébile que les taches viendront à disparaître, et avant de recourir aux moyens

thérapeutiques, il faudra bien examiner si l'opération n'entraînera pas à sa suite une difformité plus grande que l'affection qu'elle était destinée à combattre.

Chacun des éléments anatomiques qui entrent dans la composition de la peau est susceptible de présenter des altérations permanentes constituant de véritables difformités; nous allons les étudier successivement dans l'*appareil pigmentaire*, dans le *tissu vasculaire*, dans les *follicules sébacés*, dans les *papilles*, dans l'*épiderme* et dans le *derme*.

DIFFORMITÉS DE L'APPAREIL PIGMENTAIRE.

1° AUGMENTATIONS DE COLORATION.

Nous étudierons successivement parmi les affections dans lesquelles la sécrétion pigmentaire est exagérée, les *nævi pigmentaires*, le *lentigo*, les *éphélides* et la *nigritie*.

NÆVI PIGMENTAIRES.

Sous le nom de *nævi pigmentaires* nous groupons des taches d'une couleur variable, tantôt brunâtre ou café au lait, tantôt tout à fait noire. Elles sont ordinairement congénitales, mais il est certain néanmoins que quelques-unes peuvent apparaître tout d'un coup à un âge plus ou moins avancé. Elles peuvent être de niveau avec la surface de la peau ou légèrement proéminentes, avoir des contours réguliers ou affecter une forme tout à fait irrégulière; on les a comparées à des grains de café, à un morceau de couenne de lard, etc. La présence de poils à leur surface, pour n'être pas constante, se présente cependant assez fréquemment, et si dans certains cas on a pu donner à ces taches, qui chez

les femmes font ressortir la blancheur de la peau, le nom de *grains de beauté*, elles n'en constituent pas moins dans certains cas une difformité désagréable.

Ces taches sont quelquefois uniques ou en petit nombre, mais d'autres fois on les a vues répandues à profusion sur la surface du corps, et lui donner dans certains points l'aspect de la peau d'un animal. Alibert cite à ce sujet l'histoire d'un Italien qui, séduit par le visage et les grâces d'une jeune femme, la demanda en mariage, l'épousa, et se trouva singulièrement effrayé en reconnaissant, le soir de son mariage, que sa nouvelle épouse présentait sur la presque totalité de l'enveloppe cutanée ordinairement recouverte par les vêtements, de larges taches noires et velues qui faisaient ressembler son corps à celui d'un chien barbet : cette fâcheuse difformité donna lieu immédiatement à une séparation légale.

La thérapeutique n'a point à intervenir dans aucun de ces cas ; au visage peut-être, si la difformité était trop désagréable, il serait permis d'essayer de la faire disparaître par les caustiques : en n'agissant pas trop profondément et en dirigeant avec soin la cicatrisation, on pourrait obtenir quelquefois un résultat assez satisfaisant.

LENTIGO.

Le lentigo est caractérisé par de petites taches jaunâtres, arrondies, tantôt isolées et tantôt réunies ; elles ne font aucune saillie sur la peau, et ne sont accompagnées ni de prurit, ni de desquamation. Quelquefois congénitales, mais beaucoup plus souvent développées après la naissance, elles se montrent chez les individus d'un tempérament lymphatique, à peau très blanche. On dirait presque, en les examinant, que le pigment a abandonné les parties voisines pour

venir s'accumuler là où elles existent, tant la peau semble décolorée auprès d'elles. Leur siége de prédilection est au visage, sur la partie dorsale des mains, aux avant-bras, au cou, et principalement sur les parties exposées au contact de l'air.

Elles sont plus nombreuses en été qu'en hiver, et l'influence de l'insolation sur leur couleur semble très évidente. Le seul moyen de les prévenir et de les diminuer, c'est de soustraire au contact de l'air les parties atteintes, et, lorsqu'il s'agit de femmes qui tiennent à leur beauté, on doit leur conseiller de ne jamais sortir l'été, surtout au soleil, sans se garantir le visage avec un voile, et les bras et les mains avec des manches fermées et des gants. Quand ces taches existent, vous chercheriez inutilement à les faire disparaître, ni lotions ni pommades ne sauraient y parvenir.

ÉPHÉLIDES.

Les éphélides diffèrent du lentigo en ce que les taches sont plus étendues et moins généralisées : elles sont plus ou moins régulières, de couleur brune. Elles apparaissent dans différentes conditions : on les trouve chez les travailleurs qui ont la poitrine et le cou découverts ; chez les femmes au moment de la menstruation, et surtout pendant la grossesse : on leur donne vulgairement alors le nom de *masque*, lorsqu'elles existent sur le front, sur les joues, sur le menton. Elles diffèrent du *pityriasis versicolor* en ce qu'elles ne s'accompagnent ni de desquamation, ni de démangeaison.

Les éphélides disparaissent souvent d'une manière spontanée, lorsque la cause qui leur a donné naissance n'existe plus ; c'est ce qui a lieu surtout après l'accouchement. Lorsqu'elles persistent, un traitement particulier qui aura pour résultat

d'enflammer légèrement la peau est souvent suivi de succès. Favoriser la résorption du pigment, telle est l'indication thérapeutique, et pour y arriver, nous avons recours à des lotions répétées deux fois par jour avec la solution suivante :

Eau distillée	125	grammes.
Sublimé	50	centigrammes.
Sulfate de zinc	2	grammes.
Acétate de plomb	2	—
Alcool, q. s. pour dissoudre le sublimé.		

Il nous est souvent arrivé de conseiller avec succès les douches sulfureuses, et particulièrement les eaux minérales de Luchon et de Baréges administrées en douches locales sur les parties affectées.

Les éphélides sont constituées uniquement par une accumulation anormale de pigment dans un point circonscrit; c'est donc à tort que M. Bazin a appliqué l'expression d'*éphélides* aux maladies parasitaires qui sont susceptibles d'affecter le visage des femmes pendant la grossesse : ces dernières affections, qui rentrent dans le *chloasma*, dans les *pityriasis versicolor* et *nigra*, sont manifestement squameuses et n'ont aucun rapport avec les éphélides.

NIGRITIE.

La nigritie est caractérisée par une coloration noirâtre de la peau, locale ou générale, dépendant également d'une augmentation locale ou généralisée de la couche pigmentaire. Lorsqu'elle est répandue sur tout le corps, cette affection donne à l'enveloppe cutanée l'aspect non pas de la peau du nègre, mais de celle du mulâtre ou du quarteron.

Nous mettrons de côté les nigrities générales congénitales, qu'on a souvent essayé de faire considérer comme le résultat

d'une frayeur, d'un *regard* pendant la grossesse; elles doivent être regardées comme physiologiques et comme attestant les rapports (souvent adultères) de la mère avec un homme de couleur. Les enfants ainsi colorés sont tout simplement des mulâtres, des quarterons ou des sangs mêlés.

A une époque variable de l'existence, et le plus souvent à l'âge adulte, la peau peut revêtir sur sa totalité ou sur la plus grande partie de son étendue, une coloration brune désignée récemment sous le nom de *maladie bronzée* ou de *maladie d'Addison*, du nom d'un médecin anglais qui le premier a bien décrit cette affection et a indiqué ses rapports avec les lésions des capsules surrénales. Cette maladie débute peu à peu et coïncide avec une altération de la nutrition : on observe de l'amaigrissement, la perte des forces, des troubles dans les fonctions digestives, et la mort survient soit par le seul fait de cette affection, soit le plus souvent sous l'influence d'une diathèse tuberculeuse, cancéreuse ou autre concomitante. Suivant Addison, la cause organique de cette coloration consisterait dans les lésions variées des capsules surrénales devenues soit plus volumineuses, soit plus denses, soit tuberculeuses ou cancéreuses, etc. M. Trousseau a appuyé cette opinion de ses observations personnelles; moi-même j'ai eu occasion de rencontrer récemment, chez un homme qui avait succombé à une tuberculisation pulmonaire avec coloration bronzée très marquée de la peau, les capsules surrénales plus volumineuses, manifestement plus denses et plus dures, et contenant une infiltration grise et quelques petites tumeurs arrondies paraissant de nature tuberculeuse. J'ajouterai néanmoins que ce rapport entre la coloration bronzée et l'altération des capsules surrénales n'est pas encore accepté par tout le monde : on a cité des faits de lésions des capsules sans coloration, et des faits de coloration avec intégrité des

capsules. M. le docteur Gubler, qui s'est livré à des recherches sur ce point, n'est arrivé qu'à des conclusions négatives. Il affirme que les capsules surrénales présentent dans leur état normal une grande variété relativement à leur volume, à leur consistance, à leur organisation même, et il pense qu'on doit rattacher à ces variétés normales la plupart des lésions admises pour expliquer la coloration. Dans l'état actuel de la science, la question est donc encore indécise et demande de nouvelles recherches.

La nigritie généralisée ne s'accompagne pas nécessairement de troubles généraux aussi graves. Elle peut survenir au milieu de la santé la plus parfaite, et se perpétuer sans qu'il y ait aucun dérangement notable dans les fonctions. Vous remarquerez dans cette difformité, quelle que soit sa gravité, un fait curieux : c'est que les plaies laissent après elles une cicatrice blanche, qui conserve souvent indéfiniment sa coloration. Dans les cas de cicatrices peu profondes, à la suite d'un vésicatoire volant, par exemple, il arrive quelquefois aussi que la coloration blanchâtre devienne peu à peu moins tranchée, et qu'elle se rapproche de la coloration générale.

La nigritie est souvent locale et circonscrite à certaines régions : chez les femmes enceintes et à la suite de l'accouchement on voit habituellement une coloration brun foncé affecter l'auréole et la partie médiane des seins, la ligne blanche devenir tout à fait noire, et quelquefois même la coloration s'étendre à tout le ventre, surtout dans la région sous-ombilicale. Si l'on rapproche ces faits de coloration de la fréquence des éphélides chez les femmes enceintes, on arrive à cette conclusion, que la grossesse amène une sécrétion plus considérable du pigment.

Certaines personnes présentent en quelques régions une coloration noirâtre qui paraît habituelle : quelques hommes

ont le pénis et les environs des parties génitales colorés en noir; quelques femmes brunes présentent également une coloration très foncée des organes génitaux externes. On voit encore une coloration brune compliquer souvent le lichen et le prurigo. A la suite d'eczéma aux membres inférieurs, il n'est pas rare de voir, à la place occupée antérieurement par l'éruption, des taches brunes indélébiles. Il en est de même de quelques cicatrices superficielles qu'on observe parfois aux membres inférieurs et qui sont très brunes au lieu de présenter la coloration blanche habituelle.

Nous ne connaissons pas de traitement à opposer à la nigritie locale ou générale.

2° DÉCOLORATIONS.

Nous venons d'étudier les taches dues à l'accumulation du pigment. Il est une autre classe d'affections où le pigment n'existe pas, soit sur toute la surface de la peau, c'est l'*albinisme*, soit dans certaines parties seulement, c'est le *vitiligo*.

ALBINISME.

Dans l'albinisme, le pigment manque dans la peau, dans les poils et dans les yeux; partout existe une blancheur mate, uniforme : on a donné le nom d'*albinos* aux individus qui présentent cette difformité. Vous la rencontrerez dans toute une famille ou dans un seul de ses membres. Parfois un albinos engendrera un individu chez lequel le pigment se trouvera en quantité normale, puis à la génération suivante naîtra un albinos; il n'y a rien de fixe à cet égard.

Sans entrer dans les détails sur la constitution physique et sur les dispositions morales des albinos, je dois appeler votre attention sur le mouvement du globe de l'œil chez ces

individus : l'absence du pigment ne leur permettant pas de fixer les objets, il en résulte une véritable chorée, des mouvements de va-et-vient continuels, qui donnent à la physionomie une expression toute particulière.

VITILIGO.

Lorsque la décoloration de la peau n'est que partielle, elle prend le nom de *vitiligo*. Vous la trouverez par plaques plus ou moins étendues, assez régulières, et s'il existe des poils dans les régions qu'elles occupent, ces poils seront blancs. C'est à cette absence de pigment que sont dues ces houppes de cheveux blancs qu'on observe assez souvent au milieu d'une chevelure de coloration foncée.

Le vitiligo se rencontre assez fréquemment chez les nègres; et comme chez eux la difformité est très apparente, il en résulte un aspect panaché très singulier, lorsqu'il existe plusieurs taches semblables. Dans les colonies, on désigne les individus qui présentent cette coloration bizarre sous le nom de *nègres-pies*.

Nous devons ajouter que dans le vitiligo on voit les taches blanches être bordées par un cercle assez large de matière pigmentaire en excès, ce qui donne à la peau en ces endroits une couleur très foncée, faisant encore ressortir la partie décolorée. Aussi nous pouvons dire que dans le vitiligo il n'y a pas, à proprement parler, une diminution du pigment, mais bien une mauvaise distribution de ce principe, qui abandonne certains points pour se porter en excès vers d'autres.

Le vitiligo est habituellement congénital. Nous avons cependant recueilli des observations dans lesquelles la difformité était positivement survenue soit dans l'enfance, soit même à l'âge adulte.

Toute médication est inutile dans le vitiligo comme dans l'albinisme ; il faut donc s'en abstenir. Jusqu'à présent on n'a encore trouvé aucun moyen de faire sécréter du pigment dans les points qui en manquent.

DIFFORMITÉS DE L'APPAREIL VASCULAIRE.

Parmi les difformités de la peau qui sont sous la dépendance de l'appareil vasculaire, nous trouvons : les *taches vineuses*, les *nævi vasculaires* et les *tumeurs fongueuses.*

TACHES VINEUSES.

Les taches vineuses ne méritent pas de nous arrêter bien longtemps. Elles sont constituées par des taches violacées, couleur lie de vin plus ou moins foncée, sans saillie au-dessus du niveau de la peau ; les émotions morales, les cris, les efforts, en un mot tout ce qui peut favoriser l'afflux du sang à la peau, augmentent momentanément la coloration ; quelques taches sont même assez peu prononcées pour n'apparaître que par le fait de ces congestions passagères.

Ces taches sont congénitales, et sont même très communes chez les enfants nouveau-nés ; quelques-unes disparaissent insensiblement dans l'espace de quelques semaines, d'autres s'affaiblissent, mais celles qui persistent après l'âge de cinq à six mois sont ordinairement indélébiles.

NÆVI VASCULAIRES.

Les *nævi* vasculaires forment de petites tumeurs arrondies ou irrégulières, plus ou moins saillantes, revêtant quelquefois l'aspect d'un fruit granuleux, tel que la fraise ou la framboise.

Leur coloration est plus ou moins foncée, suivant la nature du sang artériel ou veineux qui les pénètre et elles donnent lieu à des hémorrhagies plus ou moins abondantes, si elles viennent à être coupées ou déchirées. Ces *nævi* sont peu susceptibles de disparaître spontanément, cependant on a vu des cas où la petite tumeur s'était graduellement flétrie, laissant à sa place une tache indélébile, ordinairement ridée et de couleur grisâtre. Nous devons savoir aussi que les *nævi* vasculaires peuvent être affectés de gangrène chez les enfants en bas âge. On voit alors survenir sur un point de la tumeur une tache grisâtre qui se ramollit, se détache et laisse à sa place une ulcération plus ou moins profonde et ordinairement taillée à pic sur ses bords. Quelquefois une partie seulement de la tumeur est ainsi atteinte, mais dans d'autres circonstances tout le *nævus* se sphacèle. Au bout d'un certain temps, ordinairement assez long, l'ulcération se cicatrise, et nous devons considérer cet accident comme un mode de guérison spontanée des tumeurs sanguines. J'ai déjà observé cette espèce particulière de gangrène un assez grand nombre de fois, et j'ai pu même assister à des erreurs graves de diagnostic relativement à la nature de l'ulcération qui avait remplacé la tumeur après la chute de l'eschare. Dans deux cas, cette ulcération taillée à pic avait été considérée comme étant de nature syphilitique, et un traitement spécifique avait même déjà été administré, au grand détriment d'enfants âgés de deux ou trois mois. Il suffit, pour éviter l'erreur, de connaître cette complication des *nævi*, et de savoir, dans un cas donné, que l'ulcération a eu pour point de départ une tumeur sanguine.

Lorsque les *nævi* vasculaires sont peu volumineux, lorsque surtout ils sont situés dans des endroits ordinairement cachés par les vêtements, il est sage de les respecter. Dans certaines

circonstances toutefois, pour une raison quelconque, on désire les faire disparaître, et il faut alors s'adresser à la chirurgie. On peut employer contre eux la ligature, l'excision, la cautérisation, les sétons, la vaccination. Nous n'entrerons pas dans les détails de ces opérations ; je veux seulement vous signaler en passant les avantages de la vaccination, quoique ce moyen ne puisse être employé que sur un enfant non vacciné : en pratiquant sur la tumeur un nombre de piqûres vaccinales proportionné au volume et à l'étendue du *nævus*, on détermine une inflammation adhésive très vive, à la suite de laquelle le tissu vasculaire spongieux est oblitéré et remplacé par une cicatrice solide, qui n'a que l'inconvénient d'être blanche et chagrinée.

TUMEURS FONGUEUSES SANGUINES.

Les opérations dont nous venons de parler sont surtout applicables lorsque les *nævi* sont peu étendus et peu saillants. Lorsque ces derniers sont plus volumineux et présentent une grande disposition aux hémorrhagies, ils constituent alors les *tumeurs fongueuses sanguines*, dont l'histoire appartient à la chirurgie, et que je ne fais que mentionner ici pour vous indiquer leur rapport avec les autres altérations vasculaires de la peau.

DIFFORMITÉS DES FOLLICULES SÉBACÉS.

Les difformités qui ont pour siége l'appareil folliculaire sont l'*acne miliaris* et le *molluscum*.

ACNE MILIARIS.

L'affection que nous désignons sous le nom d'*acne miliaris* est constituée par de petits grains blanchâtres, d'une teinte

opaline, parfaitement arrondis et du volume d'une petite tête d'épingle ou d'un grain de semoule. Ils siégent autour de l'orbite, sur les paupières, aux tempes, et sur les parties supérieures des joues.

Le nombre de ces petites tumeurs est quelquefois fort limité et ne dépasse pas une ou deux, mais chez certains sujets elles se rencontrent en quantité assez considérable pour déterminer une petite difformité assez désagréable, surtout chez les femmes. Ces petites granulations ne sont pas congénitales et elles apparaissent ordinairement à l'âge adulte, sous une influence ignorée. Une fois développées, elles persistent indéfiniment, sans prendre jamais d'accroissement, mais sans présenter non plus ni douleur ni sensation morbide quelconque.

L'*acne miliaris* paraît siéger dans les follicules sébacés, et consister dans une altération toute particulière de ces glandes qui s'hypertrophient, et dont le conduit s'oblitère. Quand on examine ces petites tumeurs après les avoir enlevées, on voit qu'elles sont constituées par une espèce de petite poche remplie d'une matière charnue, et dont la structure se rapproche de celle des follicules.

La guérison de cette petite difformité est assez facile à obtenir : comme les petites tumeurs sont sous-épidermiques, il suffit d'inciser l'épiderme avec la pointe d'une lancette ou d'une épingle, puis avec une pince ou avec les ongles, d'énucléer les follicules, qui sont ainsi enlevés sans laisser aucune trace de leur avulsion.

MOLLUSCUM.

Le molluscum est une affection beaucoup plus grave que l'*acne miliaris*. Il est constitué par une ou plusieurs tumeurs

dont le volume varie depuis celui d'un pois jusqu'à celui d'une noisette, d'une noix même, avec ou sans changement de coloration à la peau. Ces tumeurs, complétement indolentes, présentent quelquefois, dans un point de leur surface, une dépression ou hile, qui paraît être l'orifice d'un follicule sébacé habituellement oblitéré. Ordinairement elles sont arrondies, pleines, et d'une consistanee assez ferme; quelquefois, au contraire, elles sont pédiculées, flétries, aplaties, pendantes, et assez semblables à des grains de raisin dont on a évacué la pulpe et les pepins, ou à ces vessies de baudruche dans lesquelles les peintres renferment leur couleur, et dont on aurait fait sortir le contenu. Cette variété a été désignée sous le nom de *molluscum pendulum*.

Lorsqu'on vient à inciser une tumeur arrondie et entière, on voit qu'elle est constituée par une enveloppe fibreuse renfermant une masse charnue. On a considéré cette altération comme une hypertrophie des follicules sébacés : l'organisation de ces tumeurs, ainsi que la dépression qu'on constate sur quelques-unes, et qui paraît n'être autre chose que l'orifice du conduit excréteur du follicule, militent en faveur de cette opinion.

Le molluscum est une affection acquise qui peut se développer à tout âge : une fois formées, les tumeurs sont susceptibles de s'accroître, et, arrivées à un certain développement, elles restent ordinairement stationnaires. La disparition spontanée est très rare.

Le molluscum résiste ordinairement à tous les moyens topiques et à une médication générale; j'ai eu l'occasion de voir chez deux malades quelques tumeurs diminuer légèrement de volume et de consistance sous l'influence de frictions à l'huile de cade. Le seul moyen efficace de guérison consiste dans l'excision par l'instrument tranchant : on doit princi-

palement conseiller l'opération pour les tumeurs qui sont situées dans des endroits apparents et lorsqu'il n'en existe pas un très grand nombre.

Bateman a décrit sous le nom de *molluscum contagiosum* une variété particulière de tumeur qu'on a longtemps confondue avec le molluscum, et qui est constituée par une altération toute spéciale et bien différente des follicules sébacés; nous la décrirons plus tard sous le nom d'*acné varioliforme*.

DIFFORMITÉS DES PAPILLES DE LA PEAU.

VERRUES.

Sous le nom de *verrues* on désigne de petites tumeurs saillantes au-dessus de la surface cutanée et présentant des caractères particuliers. Vous connaissez leurs formes variables : elles sont rugueuses à la surface, souvent inégales, mamelonnées, et présentent à la coupe un aspect aréolaire. On les rencontre le plus ordinairement chez les gens qui travaillent à la terre. Il semble qu'elles soient dans certains cas susceptibles de se transmettre par contagion. Elles peuvent disparaître spontanément et d'autres fois persistent avec une ténacité incroyable.

On a employé pour le traitement divers topiques irritants, l'acide nitrique, l'acide sulfurique, tous les caustiques, le suc âcre de quelques plantes : tous ces moyens réussissent. Nous nous sommes bien trouvé de l'emploi du vinaigre appliqué sur elles matin et soir. Au bout d'un certain temps elles se flétrissent, se rident et disparaissent sans laisser de cicatrices.

Le plus souvent on a recours à l'excision, suivie ou non de la cautérisation.

On a considéré les verrues comme des expansions des

papilles cutanées et l'examen microscopique a confirmé cette opinion.

DIFFORMITÉS DE L'ÉPIDERME.

Nous ne ferons que mentionner les *cors*, *durillons* et *productions cornées* dans lesquelles l'épiderme est épaissi soit par le contact habituel de corps durs et rugueux, soit par une pression continue. Mais nous croyons devoir entrer dans de plus longs développements relativement à l'ichthyose.

ICHTHYOSE.

On désigne sous le nom d'ichthyose un état particulier de la peau, dans lequel, à la douceur et au poli habituel de l'enveloppe cutanée, viennent se substituer une sécheresse et une rugosité dues à des squames qui se présentent sous différents aspects. Pour quelques médecins ce serait une véritable maladie ; pour nous, une telle opinion est un contre-sens pathologique et nous ne saurions voir là autre chose qu'une difformité permanente ordinairement congénitale et héréditaire.

Sous le rapport de l'aspect de la peau, nous reconnaissons trois variétés d'ichthyose :

La première espèce, *ichthyose serpentine*, est caractérisée par une multitude de rides entrecroisées d'une manière régulière, qui donnent à la peau l'aspect du ventre du lézard ou de la couleuvre ; l'épiderme est lisse et sec, il est le siége d'une légère desquamation permanente.

La seconde espèce, *ichthyose nacrée*, se reconnaît à la présence d'écailles plus larges, plus épaisses et imbriquées, simulant les écailles de poisson ; leur couleur est ordinaire-

ment d'un blanc grisâtre; quelquefois elles sont plus foncées et se rapprochent du noir. Ces squames diffèrent du psoriasis en ce qu'elles ne sont pas superposées et qu'elles ne reposent pas sur une surface rouge; elles sont étendues à une large surface, quelquefois à tout le corps, tandis que dans le psoriasis les plaques squameuses sont circonscrites et séparées les unes des autres par des intervalles de peau saine.

La troisième espèce, *ichthyose cornée*, est remarquable par la présence d'écailles dures, proéminentes, formant souvent de véritables appendices, qui ressemblent à ceux du porc-épic. De temps en temps on a pu voir des individus présenter une telle difformité, et s'en servir pour l'exploiter à leur profit : tels étaient les frères Lambert, dont parle Alibert, et qui se donnaient en spectacle au commencement de ce siècle : leur peau était dure et pourvue d'écailles épaisses et proéminentes, qui produisaient par la marche un bruit semblable à celui du serpent à sonnettes.

Relativement à la coloration, les écailles de l'ichthyose sont dans certains cas d'un gris foncé et simulant de loin un dépôt de crasse sur la peau : M. Devergie donne à cette forme le nom d'*ichthyose grise;* il réserve le nom d'*ichthyose blanche* à celle qui présente les squames nacrées et blanchâtres. Cette division est peu importante.

Dans ces différentes variétés d'aspect, l'ichthyose est tantôt générale, tantôt locale; dans ce dernier cas elle se présente principalement sur les membres, et les écailles sont alors plus marquées au-dessous du genou et à la face interne de l'avant-bras, près du coude. Dans l'ichthyose générale, l'altération de la peau n'existe ni à la paume des mains, ni à la plante des pieds, ni aux aisselles.

Souvent on voit plusieurs variétés d'ichthyose réunies chez le même individu : l'ichthyose serpentine se montre à la face,

au tronc; l'ichthyose nacrée existe aux membres, et surtout aux membres inférieurs.

Quelle que soit d'ailleurs l'apparence de cette difformité, qu'elle soit générale ou seulement locale, elle n'entraîne pas de troubles généraux, comme on pourrait le supposer. Mais la peau est sèche et la transpiration n'a pas lieu, si ce n'est aux aisselles.

Les écailles de l'ichthyose sont assez adhérentes, on les détache difficilement lorsqu'on veut les arracher; cependant, à certains moments, il survient de la desquamation, l'épiderme se détache, et il se fait parfois une véritable mue : les ichthyosiques font peau neuve. Chez quelques-uns, cette desquamation est périodique; l'affection cesse momentanément sous des influences saisonnières pour reparaître plus tard, ordinairement au commencement de l'hiver.

L'ichthyose est souvent une difformité inhérente à certaines familles : lorsqu'on interroge un ichthyosique, on apprend ordinairement que quelques-uns de ses ascendants, à la première ou à la seconde génération, ont été atteints de la même affection, et s'il a des enfants, il est rare qu'on ne la rencontre pas également, au moins sur un d'entre eux. J'ai eu occasion de voir dernièrement un homme atteint d'ichthyose et qui, quoique dans une bonne position et avec un grand désir du bonheur domestique, n'avait jamais voulu se marier, dans la crainte, très fondée, d'avoir des enfants affligés de l'infirmité qui faisait son désespoir.

Comme nous l'avons déjà dit, l'ichthyose n'est pas une maladie, c'est une difformité, dont le traitement ne saurait être curatif, et ne peut avoir qu'un but palliatif. On doit se borner à des bains alcalins ou savonneux fréquents, qui font tomber les squames et qui rendent la peau plus douce, mais qui n'empêchent pas les écailles de repousser et de reparaître

dès que les bains sont suspendus. Il est tout à fait inopportun de tenter un traitement curatif, qui ne peut avoir aucun résultat définitif et qui risquerait d'ébranler la santé générale.

Les *productions cornées* ne méritent pas de nous arrêter : elles ne présentent qu'un intérêt de curiosité.

DIFFORMITÉS DU DERME.

KÉLOÏDE.

On a considéré la kéloïde comme une production dermique. C'est une tumeur plus ou moins saillante, tantôt de couleur violacée, tantôt blanchâtre comme une cicatrice, d'un volume variant depuis un pois jusqu'à la largeur de la main, présentant des configurations diverses, arrondies, linéaires, irrégulières. Alibert, dans son *Traité des dermatoses*, cite l'exemple d'un homme qui présentait sur la partie antérieure de la poitrine, une tumeur kéloïdienne ayant avec le corps et les pattes d'un crabe, une analogie assez frappante. Ces tumeurs sont toujours indolentes, elles ne se lient à aucun trouble fonctionnel et n'ont aucune influence sur la santé. Une fois développée, la kéloïde a une grande tendance à persister ; il peut arriver néanmoins qu'elle s'affaisse, et que sa coloration change, mais il reste toujours quelques traces de cette difformité.

La kéloïde se développe quelquefois sur des cicatrices ; dans d'autres circonstances elle se montre sur des parties qui n'ont été le siége d'aucune lésion. Dans tous les cas il est impossible de reconnaître l'influence qui préside au développement de cette singulière production qui, du reste, ne paraît pas héréditaire. Elle est quelquefois congénitale ; le plus souvent elle est acquise et survient à l'âge adulte.

Le plus souvent, comme toutes les autres difformités, la kéloïde résiste aux moyens de traitement : on a vu cependant, dans quelques cas, le traitement par les fondants avoir une efficacité réelle pour diminuer la saillie des tumeurs. On peut donc conseiller, à l'intérieur, l'iodure de potassium, à l'extérieur, les pommades iodurées, les emplâtres de Vigo et les vésicatoires.

On voit que toutes les affections que nous venons de passer rapidement en revue sont intéressantes à connaître au point de vue du diagnostic ; il en est qui au premier abord pourraient être prises pour des manifestations d'une affection générale, il importe donc de savoir les distinguer. Elles ont d'ailleurs toutes ce caractère commun, si nous en exceptons la maladie bronzée d'Addison, de n'être liées à aucun trouble fonctionnel, et de n'en point entraîner avec elles. Les unes, et elles sont peu nombreuses, disparaissent sous l'influence du traitement tout local qu'on dirige contre elles ; les autres sont indélébiles et incurables, à moins d'exciser la partie de la peau qui les supporte, ce qui n'est possible que lorsqu'elles sont circonscrites. Leur indépendance de toute affection générale, le peu de retentissement qu'elles ont sur les fonctions de la peau, le peu d'efficacité même du traitement, nous prouvent la légitimité du groupe dans lequel nous les rangeons toutes. D'après les détails dans lesquels nous sommes entré, nous pensons qu'on reconnaîtra la vérité de la proposition que nous émettions au commencement de leur histoire, en disant que « ce ne sont pas des maladies, mais bien des vices de conformation du tégument externe. »

DEUXIÈME CLASSE

MALADIES CUTANÉES ACCIDENTELLES.

Après avoir passé rapidement en revue les affections qui constituent notre première classe, nous arrivons à un groupe de maladies à lésions élémentaires multiples, à formes variables, mais, si différentes qu'elles soient en apparence, présentant un trait commun qui les réunit, un caractère général essentiel qui les domine toutes : ce sont des affections accidentelles, non contagieuses, indépendantes de toute diathèse. Elles suivent dans leur évolution une marche simple, souvent aiguë; presque toutes elles tendent spontanément à la guérison, et lorsqu'elles ont disparu, elles ne laissent à l'individu qui les portait aucune disposition à les contracter de nouveau. Elles pourront bien se développer chez lui une seconde, une troisième fois dans des circonstances analogues à celles qui accompagnaient leur apparition première, mais vous ne trouvez pas là cette fatalité de récidive, cette transmissibilité héréditaire, triste apanage des dartres, pas plus que l'immunité qui semble suivre les exanthèmes contagieux, les fièvres éruptives.

Ces maladies ne réclament pas, en général, une thérapeutique bien active. Les émollients en forment la base ; quelques dérivatifs sur le canal digestif sont quelquefois indiqués, et ce n'est que dans des cas rares qu'il faut recourir à une médication plus compliquée.

En résumant les caractères que nous venons d'indiquer sommairement, on voit que le trait principal des affections que nous avons réunies dans notre seconde classe, c'est d'être *accidentelles, non contagieuses* et *indépendantes de toute diathèse.* Nous avons placé dans cette classe : 1° l'érysipèle; 2° l'érythème; 3° l'urticaire; 4° l'ecthyma; 5° le zona; 6° le strophulus; 7° le prurigo; 8° l'acné; 9° le pemphigus.

Nous ne traiterons pas ici de l'érysipèle, placé à la fois sur les limites de la pathologie interne ordinaire et de la pathologie cutanée; son histoire se rencontre dans tous les traités de pathologie; nous commencerons donc par l'étude de l'érythème.

CHAPITRE PREMIER.

ÉRYTHÈME.

L'érythème est une affection caractérisée par des taches d'une coloration rosée, ou rouge tendre, plus ou moins larges, et faisant au-dessus de la peau une légère saillie; elles disparaissent sous la pression du doigt pour revenir inmédiatement après elle. Nous allons indiquer les caractères généraux de cette éruption, avant de passer à l'histoire des variétés assez nombreuses qui s'y rattachent.

On rencontre l'érythème sur toutes les régions du corps; pourtant il en est quelques-unes qu'il semble affectionner : ce sont les jambes, les avant-bras, les mains, la nuque, la face. Le plus souvent il est circonscrit et occupe un point limité plus ou moins étendu; quelquefois, cependant, il est général ou presque général, et il est alors répandu uniformément sur la presque totalité du corps; cette diffusion de

l'éruption se retrouve dans quelques variétés que nous indiquerons tout à l'heure.

Quel que soit le siége de l'érythème, il se présente toujours avec les caractères extérieurs que nous venons de lui assigner, toutefois son apparition peut être annoncée par des troubles généraux, tels que de la courbature, de la céphalalgie, une légère élévation du pouls. Après vingt-quatre heures de cet état de malaise, on voit apparaître des rougeurs qui, peu à peu, font saillie à la surface de la peau, qui s'accompagnent de chaleur, de cuissons et de démangeaisons souvent douloureuses. Cela dure un jour ou deux, puis la coloration, de rosée qu'elle était, passe successivement au rouge plus foncé, quelquefois au violet; une auréole d'un jaune verdâtre se montre même dans quelques variétés, dans l'érythème noueux par exemple. Au bout de peu de jours survient une légère desquamation sur les points affectés; au-dessous, l'épiderme nouveau paraît avec sa composition normale, et comme traces de la maladie il ne reste plus qu'une légère tache qui ne tarde pas à disparaître à son tour. Cette desquamation de l'érythème a cela de particulier qu'elle n'a lieu qu'une fois, tandis que dans les affections véritablement squameuses, l'exfoliation épidermique se renouvelle continuellement.

On pourrait, à un examen superficiel, confondre l'érythème avec l'*érysipèle :* cette erreur sera facilement évitée si l'on prend garde que l'érysipèle est caractérisé par une coloration rouge foncé, qu'il est limité nettement sur ses bords par une saillie linéaire qui tranche nettement avec les parties voisines, relativement à la coloration et au gonflement, et qu'il a une tendance progressivement envahissante. L'érythème est plus rosé, moins franchement terminé sur ses bords, la coloration et le gonflement se fondent insensiblement avec les parties

voisines, de manière qu'il est difficile de dire au juste l'endroit précis où commence et où finit la maladie ; il a peu de tendance à s'étendre, et, à moins qu'il ne soit général, comme dans certaines variétés, il se limite dans les points primitivement affectés.

On pourrait aussi le confondre avec l'*urticaire*, mais dans cette dernière maladie on trouve des saillies volumineuses, disséminées, s'accompagnant de démangeaisons très vives, disparaissant tout d'un coup pour revenir de même, soit dans les mêmes points, soit dans des endroits différents. On voit que la marche de l'éruption est essentiellement différente dans les deux cas, et ce sera par cette marche, plus encore que par les caractères extérieurs de la maladie, qu'on arrivera à un diagnostic précis.

Le *pronostic* de l'érythème ne présente aucune gravité ; c'est une maladie qui parcourt ordinairement ses périodes avec régularité dans un espace de temps qui varie de deux ou trois jours à deux ou trois septénaires.

L'érythème existe le plus habituellement à l'état aigu, et il ne passe à l'état chronique que chez des sujets débiles ou atteints d'une diathèse spéciale, et en particulier de la diathèse scrofuleuse.

Le *traitement* est très simple : les topiques émollients, les bains, les poudres d'amidon, de lycopode, de vieux bois employées en topiques, trouveront leur application. On a rarement l'occasion de s'adresser aux modificateurs généraux, à moins que l'érythème, primitivement maladie locale et accidentelle, n'ait subi l'influence du terrain sur lequel il s'est développé, et qu'il ne passe à l'état chronique, ainsi que nous le disions tout à l'heure ; c'est alors aux moyens qui agissent sur la constitution qu'il faut recourir pour faire disparaître la maladie.

Après ce coup d'œil d'ensemble jeté sur l'érythème, nous arrivons à l'étude de ses variétés, que nous rangerons dans trois catégories :

1° Dans la première nous placerons les érythèmes purement locaux, et se présentant à l'état de la plus grande simplicité.

2° Dans la seconde se trouveront les érythèmes disséminés à la surface du corps, accompagnés de quelques phénomènes généraux, et simulant une fièvre éruptive.

3° Dans la troisième enfin nous étudierons les érythèmes secondaires qui surviennent comme complications d'une autre maladie.

§ I. — Érythèmes de cause locale.

ÉRYTHÈME SIMPLE.

L'érythème simple est caractérisé par l'existence de taches rouges plus ou moins larges, peu saillantes et développées dans un point limité de la surface cutanée ; elles disparaissent facilement par la pression, et reviennent immédiatement après. Cette affection est ordinairement peu grave, et se termine au bout de quelques jours par la disparition de la rougeur et par une légère desquamation ; dans certains cas, cependant, elle est susceptible de passer à l'état chronique, et l'on observe alors une rougeur continue ou une succession de plaques qui se développent pour ainsi dire les unes après les autres.

L'érythème naît sous l'influence de causes irritantes, telles que des frictions sèches, des emplâtres, des onctions avec des pommades rances, le contact prolongé de matières âcres. Dans le coryza, dans la blennorrhagie, dans quelques ophthalmies, la matière sécrétée le détermine sur les parties

qu'elle touche ; il n'est pas rare de le rencontrer sur le sein des nourrices, par suite du contact du lait devenu aigre. Chez les enfants et chez les vieillards atteints d'incontinence des urines ou des matières fécales, il se développe avec la plus grande facilité aux environs des parties génitales, et dans ces cas il affecte souvent une marche chronique, surtout chez les vieillards. Il faut ajouter à ces causes l'influence de l'insolation, qui, lorsque le soleil est ardent, peut donner lieu à un érythème appelé vulgairement *coup de soleil.*

Dans ces circonstances, ce qu'on doit faire tout d'abord, relativement au traitement, c'est de combattre la cause qui l'a produit et qui l'entretient ; vous obtiendrez de bons effets des topiques pulvérulents, de bains et de tisanes rafraîchissantes ; souvent même il deviendra nécessaire d'administrer un purgatif. Lorsque la maladie se lie au travail de la dentition chez les enfants, il n'y a rien autre chose à faire que d'agir localement. Dans tous les cas, gardez-vous de conseiller des cataplasmes, qui entretiennent une humidité permanente sur les parties malades et ne servent à rien qu'à perpétuer la maladie.

ÉRYTHÈME VÉSICULO-PUSTULEUX.

Comme variété assez commune de l'érythème local, nous indiquerons l'érythème vésiculo-pustuleux. Dans cette affection, que les partisans de la classification de Willan ont rangée parmi l'eczéma ou l'impétigo, on voit sur des plaques rouges de petites vésicules ou de petites pustules distinctes les unes des autres, mais assez rapprochées, qui se rompent au bout de deux ou trois jours et qui donnent lieu à une légère sécrétion séro-purulente. Ces vésiculo-pustules sèchent très vite ; à leur place paraît une petite tache rouge qui ne

tarde pas à disparaître; une légère desquamation arrive, et la maladie se termine ainsi en six ou huit jours.

Cet érythème reconnaît les mêmes causes que la variété précédente. Il se développe souvent à la suite des onctions un peu prolongées faites avec l'onguent mercuriel, et il constitue alors une éruption qu'on a considérée à tort comme spéciale et qui a été désignée sous le nom d'*hydrargyrie*.

Vous ne confondrez pas l'érythème vésiculo-pustuleux avec l'eczéma, dont il diffère de tout l'intervalle qui sépare une affection simple, à marche rapide, d'une affection dartreuse, à marche habituellement chronique. Si d'ailleurs vous vouliez trouver, outre la marche, un caractère différentiel entre les deux affections, vous reconnaîtriez que dans l'érythème le liquide est clair, peu plastique, n'empèse que peu le linge avec lequel il est en contact; tandis que dans l'eczéma le liquide sécrété est plus visqueux, plus collant, et durcit le linge en se desséchant.

ÉRYTHÈME INTERTRIGO.

Une troisième variété importante porte le nom d'*érythème intertrigo*. Vous ne la rencontrerez que dans les régions où la peau est en contact avec elle-même : telles sont les aisselles, les fesses, le sein; chez les personnes obèses, les aines, la partie supérieure des cuisses et la partie inférieure et interne de la région abdominale; chez les enfants, on l'observe souvent au cou, dans les plis de la peau. Cet érythème est caractérisé par de la rougeur, par de la démangeaison et par un suintement tantôt séreux, tantôt purulent (*erythema purifluens*, Devergie).

Ce que nous disions de ce suintement, à propos de l'érythème vésiculo-pustuleux, trouve encore ici sa place; les mêmes caractères le différencient de l'eczéma, avec lequel

quelques auteurs l'ont confondu. Toutefois on reconnaîtra l'érythème à la localisation de la maladie et à l'absence des croûtes; l'eczéma a une tendance à envahir successivement les parties voisines, et il se recouvre de croûtes très nettement accusées; de plus, dans l'intertrigo, il existe une odeur fade toute particulière, qu'on ne retrouve pas dans l'eczéma.

La durée de la maladie est quelquefois assez longue; elle est entretenue par les frottements, par la malpropreté ou par l'accumulation de la sueur; dans ces cas, elle peut passer à l'état chronique, surtout chez les gens très gras et peu soigneux de leur personne.

La première indication à remplir, c'est d'éloigner la cause autant que possible, en écartant les parties en contact et en empêchant les frottements au moyen de poudres impalpables d'amidon, de riz, de lycopode ou de vieux bois. Les lotions avec l'eau blanche ont habituellement un bon résultat, mais on doit principalement conseiller une propreté minutieuse. Dans les cas où la maladie a de la tendance à passer à l'état chronique, on peut conseiller avec avantage des bains sulfureux.

§ II. — Érythèmes avec phénomènes généraux.

Les érythèmes accompagnés de phénomènes généraux, que nous appelons des pseudo-fièvres éruptives, peuvent être divisés en : *érythème papuleux*, *érythème noueux*, *érythème scarlatiniforme*, *érythème mamelonné*, *érythème copahique*.

Dans ces affections, l'éruption ne constitue ordinairement qu'une partie de la maladie; il y a quelques troubles dans d'autres organes que la peau, et la cause n'est jamais locale.

ÉRYTHÈME PAPULEUX.

L'érythème papuleux est constitué par des taches d'un rouge vineux, faisant une saillie quelquefois assez considé-

rable à la surface de la peau. Tantôt les taches sont rapprochées les unes des autres, tantôt elles sont disséminées et séparées par un intervalle de peau saine. Leur configuration est variable : elles sont quelquefois tout à fait rondes, d'autres fois elles sont irrégulières, et chez certains malades elles forment des cercles dont le centre est sain : c'est un véritable érythème circiné.

L'évolution des taches érythémateuses est très curieuse à étudier : ce sont tout d'abord de véritables petites tumeurs douloureuses au toucher, leur coloration est rosée, elles pâlissent sous la pression du doigt, puis elles s'affaissent, s'aplatissent, et en même temps leur coloration se fonce; elles arrivent par degrés au violet, et on voit souvent autour d'elles une auréole qu'on ne saurait mieux comparer qu'à une ecchymose d'un jaune verdâtre : c'est le dernier terme. Alors il n'y a plus de saillies, une légère desquamation survient, et la maladie disparait complétement sans laisser aucune trace. J'ajouterai à cette description qu'il n'est pas très rare de voir quelques vésicules se développer sur les plaques érythémateuses. Elles ont une durée éphémère et ne tardent pas à se dessécher, soit qu'elles se rompent, soit que la sérosité se résorbe; la place qu'elles occupaient est marquée par une desquamation plus prompte que sur les autres points. Quelquefois il existe un sentiment de chaleur et de cuisson sur les parties affectées; souvent l'éruption est complétement indolente.

L'érythème papuleux a des régions de prédilection : il siége surtout aux mains, aux avant-bras, à la nuque, à la face, quelquefois aux membres inférieurs.

Il est précédé habituellement par un malaise général, par un état saburral des premières voies, par des douleurs articulaires souvent assez vives pour gêner les mouvements, et

quelquefois assez intenses pour les empêcher tout à fait. Après une période prodromique qui n'a rien de fixe, et qui varie d'un à quatre ou cinq jours, apparaissent les taches, et la maladie est définitivement constituée. Il n'est pas rare de voir persister les douleurs articulaires, sous la forme d'une véritable arthrite rhumatismale, et ces douleurs peuvent même se prolonger après l'éruption. L'érythème papuleux avec cette forme arthritique constitue, ainsi que l'érythème noueux, la maladie décrite par M. Duriau sous le nom de *péliose rhumatismale*.

La marche de l'érythème papuleux est aiguë et sa durée varie d'un à trois septénaires; cependant la maladie est prolongée quelquefois par des éruptions nouvelles qui apparaissent au moment où s'efface l'éruption première.

L'érythème papuleux est tellement caractérisé par ses plaques saillantes d'un rouge violacé, développées à des endroits déterminés, que son diagnostic est très facile. Au premier abord, à cause de sa couleur violacée, on pourrait quelquefois le confondre avec un *purpura;* mais il suffit de presser les taches avec le doigt pour s'apercevoir que la pression les fait pâlir, ce qui n'arrive pas dans le purpura.

Cette affection n'a rien de fâcheux; l'intensité des douleurs articulaires, leur persistance surtout, en rapprochant la maladie d'un véritable rhumatisme articulaire, rendent seulement le pronostic un peu plus grave.

Les causes prédisposantes sont seulement produites par les diverses influences saisonnières; c'est à l'automne et surtout au printemps, qu'on voit la maladie se développer; on a pu quelquefois accuser un écart de régime, une émotion morale. Nous avons vu quelques individus avoir pour l'érythème papuleux une aptitude toute spéciale, et en être affectés presque tous les ans au printemps.

Pour le traitement, on doit se borner à conseiller l'emploi de tisanes rafraîchissantes, de quelques purgatifs, de bains émollients, et à supprimer de l'alimentation les mets épicés, les alcooliques, en un mot les excitants. Souvent même, abandonnée aux seules ressources de la nature, avec quelques précautions hygiéniques, la maladie arrive promptement à guérison. Lorsque les douleurs articulaires prédominent, et surtout lorsqu'on trouve les symptômes locaux de l'arthrite, la douleur, le gonflement, la rougeur, le traitement qu'on doit employer est celui du rhumatisme articulaire aigu : il peut être utile alors de recourir aux topiques émollients, aux émissions sanguines, au sulfate de quinine, à la vératrine, etc.

ÉRYTHÈME NOUEUX.

L'érythème noueux (*erythema nodosum*) est caractérisé par des taches saillantes, arrondies, dont le volume égale celui d'un pois, d'une noisette et même d'une noix. Ces tumeurs sont dures et douloureuses à la pression ; elles sont presque constamment accompagnées d'un empâtement plus ou moins étendu du tissu cellulaire périphérique ; elles siégent aux jambes, aux bras et aux avant-bras, mais elles occupent de préférence la partie antérieure des jambes. Leur coloration, un peu diffuse et s'étendant au delà de la tuméfaction, est plus foncée encore que celle de l'érythème papuleux ; leur évolution est d'ailleurs analogue à celle de la variété précédente : elles passent successivement du rose au rouge violet, et se terminent par une tache ecchymotique jaunâtre, semblable à celle qui résulte d'un épanchement sanguin sous-cutané.

Dans cette affection, les douleurs articulaires sont la règle presque constante, elles sont même quelquefois si vives,

qu'on pourrait croire à une véritable affection rhumatismale, si l'existence de nodosités caractéristiques ne venait lever tous les doutes.

Nous retrouvons dans le cortége des phénomènes généraux, tous ceux que nous avons décrits comme accompagnant l'érythème papuleux. La marche est aussi la même : disparition des troubles généraux, puis disparition graduelle des douleurs et des accidents locaux.

La maladie dure ordinairement de deux à trois septénaires; toutefois vous saurez que l'érythème noueux peut revêtir des allures de chronicité, par suite d'éruptions successives qui se succèdent pendant plusieurs mois, pendant même une ou deux années. Dans cet état chronique, nous avons vu quelquefois les tumeurs noueuses des jambes, à la suite d'une longue durée, se ramollir et s'ulcérer. Ces ulcérations sont arrondies, taillées à pic, présentent un fond grisâtre et simulent des ulcères syphilitiques : l'observation attentive du malade, l'existence de tumeurs noueuses non ulcérées, l'examen des antécédents, feront toujours éviter l'erreur. Cette chronicité de la maladie, avec ou sans ulcération, nous a paru se rattacher à un état particulier de l'individu et le plus souvent lié à une affection scrofuleuse, qui donne à la maladie son aspect insolite.

L'érythème noueux peut survenir en tout temps, mais on l'observe principalement aux changements de saisons. Il sévit presque exclusivement dans la seconde enfance et chez les jeunes sujets ; il est rare après trente ans. Le tempérament lymphatique paraît une cause prédisposante. Parmi les circonstances qui peuvent être considérées comme pouvant produire son développement, nous signalerons la fatigue, le refroidissement, la suppression des règles et une émotion morale vive.

Dans la forme ordinaire, le traitement est excessivement simple et se compose, comme pour l'érythème papuleux, de boissons rafraîchissantes, de quelques purgatifs et de quelques moyens hygiéniques, parmi lesquels nous placerons en première ligne le repos et les précautions contre le froid. Lorsque les douleurs articulaires dominent, il faut s'adresser aux moyens qu'on oppose ordinairement au rhumatisme articulaire aigu : saignées (à doses modérées cependant), sel de nitre, sulfate de quinine, vératrine, teinture de colchique, opium et topiques émollients. Dans le cas d'érythème chronique avec ou sans ulcération, il faut faire un traitement antiscrofuleux. Chez les jeunes filles, cette forme chronique coïncide aussi quelquefois avec de l'aménorrhée et des symptômes chlorotiques; il y a alors une indication spéciale des préparations ferrugineuses, et en particulier de l'iodure de fer.

ÉRYTHÈME SCARLATINIFORME.

L'érythème scarlatiniforme est plus curieux encore à étudier que les formes précédentes. Après un jour ou deux de malaise, quelquefois tout d'un coup, sans trouble antérieur, on voit apparaître à la face antérieure de la poitrine, aux plis du bras, aux cuisses et au ventre, d'autres fois partout, mais toujours plus fortement en avant, une rougeur pointillée qui s'accompagne d'une légère cuisson et de démangeaisons; ce piqueté s'étend et gagne le cou et la face, sa coloration devient rouge; en même temps le mouvement fébrile tombe s'il avait existé; la langue reste naturelle ou légèrement saburrale. Au bout de vingt-quatre ou de quarante-huit heures, l'éruption pâlit, et une très légère desquamation commence.

Par cette description succincte, on voit combien cette

éruption ressemble à la scarlatine, et il n'y a pas de doute qu'il ne se commette de fréquentes méprises sous le rapport du diagnostic. Toutefois, on pourra les éviter, en sachant que dans la scarlatine on trouve habituellement une angine avec exsudation pseudo-membraneuse, une coloration rouge des amygdales, du voile du palais, et un état particulier de la langue, d'abord recouverte d'un enduit blanchâtre, lequel, en se détachant au bout de deux ou trois jours, laisse la face supérieure de la langue d'un rouge vif et comme dépouillée de son épithélium. Dans l'éruption érythémateuse, les phénomènes généraux, loin d'être graves, sont à peine marqués; aucun symptôme n'existe ordinairement du côté de la bouche ou de l'isthme du gosier, et quant à l'éruption, elle ne présente jamais les petites vésicules miliaires qu'on rencontre assez fréquemment dans la scarlatine. Enfin, la desquamation elle-même nous offre des différences : elle est légère, furfuracée dans l'érythème; elle a lieu par larges plaques dans la scarlatine. Je ne parlerai pas, comme signe diagnostique, de l'albumine qui se trouve assez souvent dans les urines des malades atteints de la scarlatine, cette substance ayant été retrouvée par M. Sée dans les érythèmes observés à la suite du croup; mais, pour finir notre parallèle, j'ajouterai que les érythèmes sont sujets à récidive; qu'il n'est pas rare de voir des malades affectés de cette maladie plusieurs fois à des intervalles variables, tandis que les récidives de la scarlatine sont très rares. Si donc on constate une éruption scarlatiniforme chez une personne ayant déjà été atteinte d'une maladie analogue, il est probable qu'on a affaire à un érythème.

Les causes de l'érythème scarlatiniforme sont assez obscures; on a invoqué l'influence des changements de saisons, les émotions morales, l'ingestion d'aliments excitants. Plu-

sieurs fois on l'a vu se développer après des maladies graves ayant amené une assez grande débilitation. C'est à cette variété qu'il faut rapporter la plupart des observations recueillies par M. Sée, sur des enfants qui venaient d'être atteints du croup.

Nous n'avons presque rien à dire sur le traitement : l'érythème scarlatiniforme disparaît spontanément au bout de deux à quatre jours ; le malade doit être tenu au repos ; on lui donnera des boissons rafraîchissantes, on le mettra à une diète proportionnée à l'intensité des phénomènes généraux ; mais il est inutile de recourir à un traitement plus sévère dans une maladie que nous n'avons jamais vue accompagnée ou suivie d'accidents graves.

ÉRYTHÈME MAMELONNÉ.

A côté de l'érythème scarlatiniforme, nous placerons l'érythème mamelonné, qui se montre souvent, soit pendant le cours, soit pendant la convalescence de maladies graves. Il a été observé plus spécialement en même temps que le muguet. Nous avons eu occasion récemment d'en avoir un exemple après une pneumonie grave. C'est le plus souvent au moment où l'état général devient plus satisfaisant qu'il survient tout à coup une exagération du mouvement fébrile, une agitation générale, des cuissons ou des démangeaisons sur divers points, et on trouve alors sur les cuisses, sur le dos, sur la poitrine, sur la face, et principalement sur les fesses, des saillies arrondies, mamelonnées, du volume d'un pois et plus, et d'une coloration rouge assez vive. Au bout de trois ou quatre jours, les taches s'affaissent, la démangeaison disparaît en laissant quelquefois une légère desquamation. Concurremment avec cette éruption, nous avons

trouvé quelquefois une rougeur érythémateuse de la muqueuse buccale, ou même un véritable muguet.

Le diagnostic de cette affection est facile, son pronostic est léger ; quant à son traitement, il doit se borner à des tisanes acidulées (ou alcalines en cas de muguet), à des topiques pulvérulents auxquels on pourra mêler une petite quantité d'oxyde de zinc pour combattre les démangeaisons, à des bains d'eau de son si l'état du malade le permet, et à quelques opiacés en cas d'agitation générale.

ÉRYTHÈME COPAHIQUE.

Nous consacrerons quelques mots à une autre variété qui se montre après l'ingestion du copahu, et qui est caractérisée par des taches saillantes, arrondies, assez confluentes, d'une coloration rosée, avec démangeaisons très vives.

L'érythème copahique peut être général ; il siége surtout aux mains et à la face ; il s'accompagne assez souvent d'un gonflement œdémateux du tissu cellulaire sous-cutané. Quelques auteurs n'ont voulu voir dans cette affection qu'une urticaire, mais on n'y retrouve pas la mobilité, l'apparition et la disparition successives qui appartiennent à l'urticaire.

L'éruption se prolonge de deux à huit jours, s'accompagne le plus souvent de quelques phénomènes d'embarras gastrique, d'un léger mouvement fébrile ; puis les taches s'affaissent, pâlissent, et l'éruption se termine par une desquamation légère et furfuracée.

La première indication thérapeutique consiste dans la suspension du copahu ; on administrera de la limonade, des solutions de sirops acidulés; on prescrira des bains émollients. Quelquefois, en cas d'embarras gastrique très prononcé, on doit avoir recours à quelques évacuants.

§ III. — Érythèmes symptomatiques et secondaires.

Il ne nous reste plus à décrire que les érythèmes qui surviennent comme complication ou comme conséquence d'une autre maladie. C'est l'érythème *lisse*, l'érythème *paratrime* et l'érythème PERNION.

ÉRYTHÈME LISSE.

Dans l'anasarque, vous voyez quelquefois survenir tout à coup, sans cause bien déterminée, ou autour des mouchetures faites dans le but de laisser écouler de la sérosité, des taches rouges à surfaces lisses et unies, accompagnées d'un gonflement assez notable : c'est l'érythème lisse (*erythema leve*). Le point le plus intéressant de l'histoire de cette complication, c'est la grande tendance qu'elle présente à se terminer par la gangrène de la peau et du tissu cellulaire infiltré.

Le traitement réussit rarement à enrayer la marche de cette affection, tant que persiste la cause générale qui lui a donné naissance; cependant des lotions légèrement aromatiques, telles que celles faites avec de l'eau de sureau légèrement aiguisée d'eau-de-vie camphrée, des applications de poudre de lycopode ou de vieux bois, sont les meilleurs moyens à employer contre l'érythème lisse.

ÉRYTHÈME PARATRIME.

Dans les affections graves, après un séjour prolongé au lit, on voit souvent survenir des rougeurs diffuses, suivies ou non de bulles, de pustules incomplètes ; la peau devient noi-

râtre et il se forme une eschare plus ou moins étendue, plus ou moins profonde, dont l'érythème a été le premier degré : cette variété a reçu le nom d'érythème *paratrime*.

Vous devrez employer dans ces circonstances des lotions astringentes : l'eau blanche, l'alcoolat de mélisse, l'eau-de-vie camphrée, sont les meilleurs topiques. Plus tard, on appliquera les onguents styrax ou digestif, les lotions avec le vin aromatique ou avec la décoction de quinquina, pour hâter la réparation de l'eschare et favoriser la cicatrisation; mais avant tout, on devra s'opposer à la pression continue sur les surfaces malades, au moyen de coussins appropriés aux régions atteintes, et surtout en faisant varier, s'il est possible, la position du malade.

ÉRYTHÈME PERNION (ENGELURE).

Au commencement de l'hiver surviennent, chez certains individus, des rougeurs luisantes aux extrémités, formant souvent une saillie très appréciable. Elles sont le siége d'une cuisson, d'une démangeaison très vive et qui s'exagère par l'élévation de la température. On les trouve aux mains, aux pieds, aux oreilles, quelquefois même aux joues et au nez : c'est surtout dans l'enfance, dans la jeunesse qu'on les rencontre ; le tempérament lymphatique est le terrain sur lequel elles se développent le plus facilement, et les engelures ont été considérées comme formant la transition entre les maladies locales simples et les maladies diathésiques dans lesquelles la lésion locale est toujours subordonnée à une disposition morbide générale. Si nous n'avions obéi à l'usage, nous aurions dû placer les engelures dans les *scrofulides*.

Cette variété d'érythème peut se terminer par résolution ; il survient alors une légère desquamation, et la maladie dis-

paraît. Mais l'ulcération survient aussi assez fréquemment : au bout de quelques jours, on voit sur les points où existe l'engelure, une phlyctène, puis une ulcération qui s'étend peu à peu. La plaie a un aspect de mauvaise nature, ses bords sont irréguliers, le fonds en est sanieux et grisâtre ; souvent elle paraît assez profonde ; il y a une véritable perte de substance dont la réparation se fait longtemps attendre.

Le mode de développement de la maladie, son siége, les influences de température sous lesquelles elles se montrent, vous feront facilement reconnaître les engelures. Nous ajouterons qu'elles se développent presque exclusivement chez les individus à tempérament lymphatique, et particulièrement dans l'enfance ou la jeunesse ; il n'est pas rare cependant d'en rencontrer chez les adultes. La coïncidence habituelle avec le tempérament lymphatique, l'association fréquente avec des accidents scrofuleux, doivent faire rattacher jusqu'à un certain point les engelures à la scrofule ; toutefois, elles existent souvent sans autre affection strumeuse, et chez beaucoup d'enfants elles disparaissent vers l'âge de dix ou douze ans.

Le traitement variera suivant le degré auquel elles seront arrivées. Si elles ne sont encore qu'à la période érythémateuse, des lotions excitantes, faites avec une solution de tannin ou d'alun, des applications de sinapismes faites dans le but d'activer la circulation, les onctions de pommade au tannin, ont souvent un résultat très satisfaisant. S'il existe des ulcérations, on devra les panser avec du styrax, de l'onguent digestif, des topiques légèrement excitants ; on les lavera avec du vin aromatique : le travail de cicatrisation est lent à s'établir et il faut l'activer autant que possible. En même temps, on se trouvera bien de s'adresser à l'état général : les amers, les toniques, l'huile de foie de morue surtout,

sont d'une grande utilité pour combattre le lymphatisme, première cause prédisposante de cette affection.

CHAPITRE II.

URTICAIRE.

Vous savez qu'il existe une plante, l'*ortie*, dont le contact détermine habituellement à la peau une éruption de plaques blanchâtres, accompagnées d'une sensation de brûlure et de démangeaison très vive; la maladie que nous allons vous décrire présente des caractères analogues à ceux que produit l'ortie et lui emprunte son nom, c'est l'*urticaire*. Les auteurs ont encore désigné cette affection sous les noms de *fièvre ortiée*, de *porcelaine*, et Alibert l'appelait *cnidosis;* elle présente les caractères suivants, qui sont constants et qui lui appartiennent en propre :

1° Apparition de plaques plus ou moins étendues, plus ou moins saillantes, avec sensation de chaleur ou de picotement, avec démangeaison toute spéciale, analogue à celle que produisent les orties.

2° Développement instantané, et disparition brusque de l'éruption, qui, après avoir duré plusieurs heures, plusieurs jours, cesse tout à coup pour revenir le plus souvent avec la même rapidité et après un intervalle variable.

Si nous voulions ne nous en tenir qu'à l'aspect extérieur, nous serions conduits à étudier trois formes ou variétés de l'urticaire : 1° l'urticaire simple; 2° l'urticaire tubéreuse; 3° l'urticaire œdémateuse. Si nous divisions la maladie d'après sa marche, nous aurions à décrire une forme aiguë, une forme chronique, une forme intermittente. Nous adopterons

la première division, nous réservant de vous indiquer, en vous parlant de la marche de la maladie, ce que l'urticaire offre de particulier à l'état aigu, à l'état chronique, à l'état intermittent.

URTICAIRE SIMPLE.

L'urticaire simple est caractérisée par des éruptions de formes différentes : tantôt ce sont des saillies du volume d'un petit pois, tantôt des plaques arrondies sur leurs bords, parfois très régulières, d'autres fois au contraire présentant des échancrures, et rappelant les contours sinueux d'une carte géographique ; enfin vous la trouverez aussi sous la forme d'une longue ligne saillante, en coup de fouet (*urticaria gyrata*). Ces plaques peuvent être disséminées, ou bien elles sont rapprochées les unes des autres, se confondant ensemble ; dans ce dernier cas, c'est l'*urticaria conferta* de quelques auteurs.

La coloration des saillies de l'urticaire n'est pas toujours la même. Ordinairement d'un blanc mat, et présentant parfois à leur centre une dépression manifeste, on les voit quelquefois colorées en rose ou en rouge ; dans tous les cas il existe souvent autour d'elles une coloration rosée sur laquelle tranche la blancheur habituelle de la plaque.

Le tissu cellulaire ne reste point étranger à l'affection, et l'on voit souvent coexister avec les élevures un gonflement plus ou moins considérable. Dans certaines régions, où ce tissu est lâche, et où les autres tissus sont facilement extensibles, il survient même de la bouffisure ; ainsi la face, les bourses, les mamelles, lorsqu'elles sont envahies par l'affection, présentent ce gonflement à un degré très remarquable.

Avec tous ces phénomènes la santé peut n'être pas troublée, les fonctions digestives peuvent s'accomplir régulièrement

et la manifestation locale est alors toute la maladie. Mais les choses ne se passent pas toujours ainsi; il vous arrivera fréquemment de voir coïncider l'urticaire avec un état général de malaise, et un embarras des voies digestives; un ou deux jours de fièvre, une langue saburrale, des vomissements même, marqueront souvent le début de la maladie, puis viendra l'éruption caractéristique. Un peu plus tard, la fièvre tombera, les accidents qui auraient pu vous en imposer pour une fièvre éruptive cesseront, il ne vous restera plus que l'urticaire, et si vous pouviez hésiter quelque temps dans votre diagnostic, la marche saccadée, pour ainsi dire, de la maladie, son indépendance de toute contagion, vous mettront vite sur la voie: vous ne conserverez plus de doutes quand vous aurez vu les plaques disparaître sans laisser d'autres traces qu'une desquamation légère, qui même fera souvent défaut. C'est, lorsque ces phénomènes généraux existent, et lorsque la maladie se présente avec ce caractère de fièvre éruptive, qu'on peut appliquer à l'urticaire le nom de *fièvre ortiée*.

Assez souvent aussi l'urticaire apparaît peu de temps après un repas, en même temps qu'un sentiment de malaise épigastrique très vif et qu'une sensation d'oppression très pénible; puis surviennent des vomissements de matières alimentaires et tous les symptômes d'une indigestion. Les vomissements soulagent les malades, mais l'éruption dure ordinairement plusieurs heures ou plusieurs jours avec des phénomènes d'apparition et de disparition successives. Dans ces circonstances, la cause de la maladie doit être cherchée dans l'ingestion d'un aliment indigeste. Nous ajouterons que, dans la plupart des cas d'urticaire aiguë ou chronique, on peut constater l'existence de troubles du côté du tube gastro-intestinal. Nous reviendrons plus loin sur le rôle que peuvent jouer ces phénomènes dans la production de l'urticaire.

Nous noterons parmi les phénomènes généraux la syncope comme une des complications les plus fréquentes et les plus graves de l'indigestion.

L'urticaire simple peut ne durer que de deux à trois heures, d'autres fois elle se prolonge bien plus longtemps; nous aurons l'occasion de voir dans quelles circonstances elle affecte un caractère de chronicité.

URTICAIRE TUBÉREUSE.

L'urticaire tubéreuse ne diffère de l'urticaire simple que par la saillie plus considérable des plaques éruptives, dont le volume égale quelquefois celui d'une noisette ou même d'une noix; souvent il n'y a qu'une plaque unique, d'autres fois les saillies sont nombreuses. Elle s'accompagne, comme la variété précédente, d'un gonflement très marqué du tissu cellulaire sous-cutané, qui, surtout lorsqu'il n'y a qu'une plaque, apporte une grande difficulté au diagnostic; l'intermittence de l'éruption, sa disparition prompte, suivie plus tard de son retour, servent à faire reconnaître la maladie.

URTICAIRE ŒDÉMATEUSE.

Dans cette variété de l'urticaire, la maladie est caractérisée par un gonflement œdémateux occupant souvent un espace assez étendu, toute la face, par exemple, ou l'avant-bras; nous l'avons vu souvent borné aux paupières ou à une des lèvres, ou encore au dos de la main. Sur la partie gonflée il existe parfois quelques plaques d'urticaire, mais dans certains cas la peau ne présente aucune élevure; souvent il existe ou il a existé des démangeaisons. Le caractère essentiellement distinctif de cette tuméfaction consiste dans son ap-

parition brusque, dans l'absence de douleur et dans la disparition également prompte, sans qu'il reste aucune trace, du gonflement.

La marche de l'urticaire peut être aiguë ou chronique, elle est quelquefois intermittente.

La marche aiguë est la plus fréquente ; la maladie ne dure alors que quelques heures ou quelques jours. C'est ce qui arrive souvent pour la variété désignée sous le nom de *fièvre ortiée*, à cause des phénomènes généraux qui accompagnent l'éruption.

Lorsque l'urticaire est chronique, elle peut durer des mois, des années même ; non pas qu'elle existe constamment, mais elle apparaît pendant quelques heures, puis elle cesse tout à coup pour revenir encore, sans présenter jamais un rhythme régulier dans sa manifestation. La cause la plus légère en apparence, l'impression brusque du froid ou de la chaleur, une émotion morale suffisent pour la faire naître.

Dans la forme intermittente, qui peut d'ailleurs être aiguë ou chronique, l'éruption paraît et s'efface périodiquement, tantôt tous les jours à la même heure, tantôt tous les deux jours ou même plus rarement. Dans ce moment je donne des soins à une malade qui, depuis deux ans, éprouve matin et soir, pendant trois heures, une éruption très intense d'urticaire. Il n'est pas très rare de trouver l'urticaire liée à une véritable fièvre intermittente à type tierce ou quarte : quelquefois même on peut la rencontrer sous la forme pernicieuse.

La guérison est la terminaison la plus habituelle de l'urticaire, soit aiguë, soit chronique. Dans le cas d'association avec une fièvre pernicieuse, la mort peut survenir, mais elle est bien plutôt le fait de la fièvre que de l'urticaire. Lorsque

l'éruption est très chronique, il n'y a quelquefois qu'une demi-guérison, la maladie s'affaiblit, mais les plaques reparaissent encore de temps en temps avec peu d'intensité, sous l'influence d'un écart de régime ou d'une émotion morale.

On peut comprendre d'ailleurs quelle influence fâcheuse peut exercer sur la constitution une maladie aussi pénible que l'urticaire, lorsqu'elle existe à l'état chronique. La sensation de brûlure et de cuisson qui l'accompagne, les démangeaisons qui portent le malade à se gratter, à se déchirer la peau avec les ongles, et s'ils ne lui suffisent pas, avec les corps les plus rugueux, l'insomnie qu'elles entraînent avec elles, expliquent l'état d'amaigrissement, de marasme, dans lequel tombent les individus qui en sont atteints. Aussi le pronostic devra toujours, dans ces cas, être des plus réservés. Autant l'affection est légère lorsqu'elle existe à l'état aigu, autant elle est grave lorsqu'elle revêt les allures de la chronicité dont nous venons de vous tracer le tableau.

Le *diagnostic* est en général assez facile. Vous reconnaîtrez l'urticaire à ses plaques saillantes, dures, blanchâtres, avec une auréole rouge plus ou moins étendue, à ces démangeaisons irrésistibles qui l'accompagnent, et surtout à la mobilité extrême de l'éruption. Il n'y a pas d'autre maladie qui apparaisse et qui disparaisse aussi complétement et sans laisser de traces. L'urticaire tubéreuse pourrait quelquefois être prise pour un érythème, mais cette dernière affection persiste pendant quelque temps ; elle ne présente jamais ces retours subits qui appartiennent en propre à l'urticaire. L'érythème copahique, que nous vous signalions dans la dernière leçon, n'est pas caractérisé par des plaques aussi saillantes, aussi dures, et leur coloration est constante ; elles ne s'éteignent pas comme dans l'urticaire pour revenir à des intervalles irrégulièrement espacés.

Le diagnostic de l'urticaire œdémateuse n'est pas toujours aussi simple ; la douleur, la tuméfaction, la rougeur étendues à la main ou à l'avant-bras vous feront aisément croire à un phlegmon ou à un érysipèle. Si vous voulez éviter l'erreur, interrogez donc le malade avec soin, et s'il vous apprend que l'affection a débuté brusquement par des plaques rouges accompagnées de démangeaisons vives et suivies d'un gonflement rapide, songez immédiatement à l'urticaire œdémateuse : le doute ne vous sera plus permis si vous voyez l'affection disparaître subitement. Dans tous ces cas, le diagnostic est fréquemment éclairé par l'apparition de nouvelles plaques d'urticaire, soit sur la partie gonflée, soit sur les parties saines.

Étiologie. — Les causes de cette maladie sont assez nombreuses. Tantôt elles agissent sur la peau par contact; tantôt elles exercent une influence plus générale, et la manifestation locale n'est que la traduction extérieure de leur action sur l'appareil digestif; d'autres fois, enfin, l'urticaire ne reconnaît aucune de ces causes, elle est la suite d'une émotion morale vive, elle suit un trouble passager du système nerveux.

1° En première ligne nous placerons l'*urtica urens*, plante qui, après un contact à la peau presque instantané, produit des effets qui durent pendant plusieurs heures. Nous mentionnerons ensuite certains insectes, telles que les chenilles, les puces, les punaises ; chez quelques individus, à la suite de leur contact ou de leur piqûre, il survient à la peau un gonflement assez considérable accompagné de démangeaisons irrésistibles qui persistent souvent trois ou quatre heures, et plus encore. Il est quelques personnes dont la susceptibilité cutanée est telle, qu'il leur suffit de se gratter même légèrement pour déterminer presque aussitôt l'apparition d'une plaque urticaire.

2° Un très grand nombre d'aliments provoquent l'urticaire, mais là encore vous trouverez les susceptibilités individuelles les plus remarquables. Les moules, la langouste, l'écrevisse entraînent chez certaines personnes des phénomènes d'indigestion; après ou avant les vomissements surviennent les plaques caractéristiques. Chez d'autres, au lieu de l'indigestion, vous aurez une syncope comme phénomène initial. Chez d'autres, enfin, l'ingestion de fraises, de bière, de café, de liqueur, d'eau de Seltz, de quelques médicaments, le copahu et l'iodure de potassium par exemple, sont constamment suivis d'urticaire. Rien ne saurait conjurer cette aptitude spéciale; elle se révèle toujours dans les mêmes circonstances, et cela sans qu'il existe aucune répugnance pour les aliments ou les boissons sous l'influence desquelles elle se montre.

3° Vous rencontrerez encore des cas où l'urticaire s'est développée après des émotions vives de joie ou de tristesse. Une fois produite, la maladie revient avec la plus grande facilité par le même concours de circonstances. Il suffit même de parler de la maladie pour la voir éclore presque sous les yeux. Nous avons gardé le souvenir d'un étudiant en médecine qui, assistant à l'une de nos leçons sur l'urticaire, nous fit voir à la fin de notre cours, ses mains et ses bras couverts de plaques. L'exposition des symptômes de la maladie avait suffi à la provoquer chez lui.

Pour résumer ce que nous venons de dire sur les causes de l'urticaire, nous ajouterons que, si cette affection survient quelquefois passagèrement à la suite d'un contact irritant, le plus souvent elle se montre sous l'influence d'un état anormal du tube digestif, soit par suite de l'ingestion d'un aliment ou d'un médicament nuisible, soit par le fait d'une maladie aiguë ou chronique de l'estomac ou des intestins. Interrogez avec

soin les malades atteints d'urticaire et surtout d'urticaire chronique, et vous ne tarderez pas à constater chez eux quelques troubles digestifs, dont l'urticaire n'est qu'un des symptômes. Même pour les causes morales, nous pourrons remarquer que les émotions agissent surtout pour provoquer l'urticaire lorsque la digestion a lieu, et l'on peut par conséquent invoquer comme première cause le trouble apporté au travail digestif. Mais, une fois la maladie établie, nous concevons très bien qu'une émotion morale puisse seule rappeler l'éruption.

Traitement. — Les indications curatives se déduisent de la marche de l'urticaire, et surtout de l'étude de ses causes.

Dans l'urticaire aiguë, éloignez de l'alimentation toutes les substances qui pourraient la provoquer : conseillez les viandes blanches, les viandes rôties, les légumes ; les boissons acidulées, telles que la limonade, l'orangeade, ou bien encore des boissons rafraîchissantes, l'orge ou le chiendent ; ne donnez jamais de bains, qui ont habituellement pour effet d'augmenter l'éruption, et la maladie ne tardera pas à disparaître.

Dans l'urticaire chronique, soyez plus sévères encore sur l'alimentation. Proscrivez tout aliment épicé, le poisson, la charcuterie, la friture ; dans quelques cas graves, conseillez la diète végétale ou encore la diète lactée que j'ai vues réussir quelquefois ; cherchez surtout s'il n'existe pas quelque trouble gastro-intestinal, et agissez alors principalement contre l'affection digestive ; dans cette dernière circonstance on peut employer l'eau de Vichy, la magnésie, les bains alcalins ; mais il faut savoir aussi que, si cette médication alcaline réussit, il est d'autres circonstances dans lesquelles l'urticaire est liée à une dyspepsie alcaline et où les acides sont au contraire indiqués ; j'ai vu plusieurs fois, dans des cas graves, la limonade nitrique et les bains acides préparés par l'addi-

tion de 15 grammes d'acide nitrique dans un bain tiède, avoir un effet promptement favorable.

Dans l'urticaire chronique, sans symptôme gastro-intestinal bien prononcé, lorsque la maladie persiste sans présenter toutefois de régularité dans son apparition, on peut encore espérer de bons résultats des préparations arsenicales. Je donne la liqueur de Fowler ou celle de Pearson, la première à la dose de 3 à 12 gouttes progressivement, la seconde à la dose de 1 à 2 grammes par jour. Nous ne saurions dire si ces préparations agissent comme modificatrices de la peau ou comme antipériodiques, toujours est-il que par elles on a obtenu des guérisons incontestables.

Dans l'urticaire à type intermittent bien défini, on peut encore s'adresser aux préparations arsenicales, ou encore au sulfate de quinine; ce dernier médicament est indiqué dans les cas de fièvre ortiée intermittente, datant de peu de temps. Mais si la maladie est plus ancienne, si les éruptions ont une périodicité peu régulière, il faut compter davantage sur l'arsenic.

Existe-t-il des topiques qui puissent, sinon guérir la maladie, du moins calmer les démangeaisons si pénibles qui en constituent l'un des symptômes les plus constants? Sans répondre par une négation absolue, nous croyons que les lotions vinaigrées, les topiques pulvérulents, auxquels on associe le camphre ou l'oxyde de zinc, sont peu efficaces. C'est plus profondément qu'il faut agir, c'est en s'adressant au système nerveux, et surtout au tube digestif, ainsi que nous l'avons déjà dit, que l'on peut parvenir à vaincre une affection souvent pénible et si rebelle.

Nous venons de vous faire voir l'urticaire sous des aspects divers; nous vous l'avons présentée comme une affection

tantôt idiopathique, tantôt symptomatique; il nous resterait maintenant à vous dire quelle place elle doit occuper dans le cadre nosologique. Est-ce une fièvre? Est-ce une inflammation? Est-ce une névrose? Est-ce une dartre? A ces questions nous n'avons point de réponses satisfaisantes à faire. Si, dans ses formes multiples, l'urticaire semble tour à tour revêtir le caractère de l'un de ces trois groupes, il lui manque toujours quelque chose pour que l'on puisse définitivement la ranger dans l'un d'eux.

Sans doute la fièvre ortiée peut être rapprochée des *fièvres éruptives* quant à son évolution, mais une distance immense l'en sépare, si l'on tient compte de sa mobilité, de l'absence de toute spécificité, de toute contagion, et surtout de ses retours possibles sous l'influence des causes qui l'ont fait éclore une première fois. Ce n'est pas non plus une *fièvre intermittente* pure, et lors même que l'urticaire se montre avec le caractère pernicieux, n'est-on pas en droit de se demander si l'éruption n'est pas seulement un épiphénomène? Ces cas, d'ailleurs, sont de beaucoup les plus rares; ils ne nous semblent pas assez nombreux pour que l'on puisse fonder sur eux une distinction nosologique aussi tranchée.

Est-ce une *inflammation?* La rougeur périphérique, la tension, la chaleur, le gonflement, pourraient le faire supposer; mais qu'y a-t-il de commun entre la marche d'une inflammation franche et celle de l'urticaire? Vit-on jamais se succéder avec une semblable rapidité dans les inflammations, l'apparition et la disparition des accidents locaux?

Est-ce une *névrose?* Si l'on s'en tenait à la marche saccadée de la maladie, si l'on ne voulait voir que sa mobilité, cette opinion serait presque acceptable. Mais le caractère des névroses, c'est d'exister indépendamment de toute lésion anatomique appréciable. Or, quoi de plus évident que la

plaque d'urticaire, que la participation immédiate des éléments de la peau et du tissu cellulaire ambiant à la manifestation locale ?

Sa longue durée, ses récidives fréquentes, son extension à la presque totalité de l'enveloppe cutanée, ont engagé certains médecins à la rapprocher de quelques autres maladies chroniques de la peau, et à la considérer comme une *dartre*; mais, outre que la faculté héréditaire manque pour faire rentrer l'urticaire dans les maladies diathésiques, son degré de subordination habituelle à une maladie de l'appareil digestif, et surtout sa marche saccadée, en font une maladie bien différente des maladies dartreuses.

Nous ne pouvons donc marquer nettement la place de l'urticaire dans le cadre nosologique ; toutefois, en dermatologie, et en suivant l'ordre général de la classification que nous avons adoptée, nous avons cru devoir la placer dans les maladies de la peau survenant accidentellement et sans influence diathésique, tout en réservant complétement toute question relative à sa nature et à son siége anatomique.

CHAPITRE III.

ECTHYMA.

L'ecthyma, d'après son étymologie, du mot grec ἔκθυμα, indique une éruption quelconque ; Willan est le premier qui l'ait défini d'une manière précise : nous adoptons sa définition et nous appelons ainsi une maladie caractérisée par une éruption de pustules phlyzaciées, assez volumineuses, arrondies, susceptibles de se dessécher en croûtes et de laisser

ensuite une tache violette persistant pendant quelques semaines.

Willan plaçait l'ecthyma dans la classe des *pustules* entre la variole et l'impétigo, et semblait ainsi, par cet assemblage peu méthodique, vouloir fournir des arguments aux adversaires de sa classification. Dans son *Traité des dermatoses*, Alibert range l'ecthyma, qu'il appelle *phlyzacia*, dans la classe des *eczèmes*, maladies inflammatoires simples. Quant à nous, considérant son développement comme étant ordinairement accidentel et en dehors des influences diathésiques, nous l'avons placé dans la seconde classe de notre classification dermatologique.

Nous diviserons l'ecthyma, suivant sa marche, en ecthyma *aigu* et en ecthyma *chronique*.

Nous subdiviserons l'ecthyma aigu en ecthyma *simple* et ecthyma *gangréneux*, et l'ecthyma chronique en ecthyma des *enfants* et ecthyma des *adultes*, ou ecthyma *cachectique*.

§ I. — Ecthyma aigu.

1° Ecthyma simple.

L'ecthyma simple commence par un léger soulèvement épidermique, accompagné d'une cuisson et d'une démangeaison peu vives, puis, le soulèvement épidermique augmente, il survient une pustule parfaitement arrondie, entourée d'une auréole rouge, et contenant un pus bien lié semblable au pus phlegmoneux. Au bout de deux ou trois jours l'épiderme se rompt, le pus s'épanche au dehors, et, mêlé à de la lymphe plastique, se concrète et donne lieu à des croûtes d'un gris jaunâtre, quelquefois brunes ou noires par l'addition du sang.

La croûte ecthymateuse est arrondie comme la pustule

qui lui a donné naissance; elle adhère aux parties sous-jacentes et présente au-dessous d'elle quand on la détache trop tôt une ulcération assez profonde; quand on la laisse tomber spontanément, on trouve à sa place une tache violacée due à la formation d'un épiderme nouveau, et qui ne tarde pas elle-même à s'effacer.

Quelquefois les pustules d'ecthyma se forment sans douleur, mais, le plus ordinairement, un sentiment de cuisson, de chaleur, ou même de douleur lancinante, accompagne le début et la formation de la pustule. La douleur est surtout vive lorsque l'épiderme se rompt trop tôt ou lorsque l'enlèvement prématuré de la croûte met l'ulcération en contact avec l'air ou avec des corps irritants.

Dans l'ecthyma, plusieurs pustules se développent, soit simultanément, soit successivement; ordinairement isolées les unes des autres, rarement elles se réunissent en groupe, et dans les cas où elles se touchent, il est facile de reconnaître l'association de plusieurs pustules distinctes, tandis que dans les éruptions psydraciées on ne trouve qu'un vaste soulèvement épidermique sans que l'on puisse distinguer les pustules primitives.

Le nombre des pustules d'ecthyma est variable : très rarement il n'y en a qu'une, et plus souvent on en voit un grand nombre qui peuvent envahir les différentes régions de la peau; cependant elles siégent de préférence aux mains et aux pieds, on les trouve encore assez souvent sur les membres, sur le tronc et sur les fesses; il est plus rare de les rencontrer à la figure.

Outre les phénomènes locaux que nous venons d'exposer, on observe encore quelquefois dans l'ecthyma des phénomènes généraux : un malaise général avec courbature, céphalalgie, inappétence, tous symptômes accompagnés d'un

léger mouvement fébrile. Quand l'ecthyma est très étendu, et lorsque les pustules sont nombreuses, des phénomènes analogues à ceux de toute suppuration se produisent : le malaise général est plus prononcé, il y a quelquefois une tendance aux lipothymies, et l'on observe des frissons erratiques. Du reste, ces phénomènes généraux ont habituellement peu de durée, à moins toutefois que l'ecthyma ne soit aggravé par des affections concomitantes constituant des complications.

Ces complications sont de plusieurs sortes : tantôt ce sont de simples phénomènes d'inflammation ambiante, tels que le gonflement et la rougeur du tissu cellulaire sous-cutané, accompagnés d'abcès peu étendus; tantôt les vaisseaux lymphatiques s'enflamment autour de la pustule, et on les voit s'irradier sous forme de rubans rougeâtres vers les ganglions correspondants, qui sont eux-mêmes tuméfiés et endoloris. Le furoncle est une affection qui accompagne fréquemment encore les pustules d'ecthyma, et nous en dirons autant du panaris superficiel ou tourniole qui se développe autour des ongles. Il semble d'ailleurs que chez les malades atteints d'ecthyma, il y ait vers la peau et vers le tissu cellulaire sous-cutané une grande facilité de suppuration. Outre les furoncles et les tournioles dont nous parlons, toute piqûre, toute écorchure, au lieu de se guérir promptement, tend à s'étendre et à suppurer. Dans le monde on constate cette disposition particulière en disant que ces malades *ont de l'humeur*.

L'ecthyma simple suit une marche aiguë. Chaque pustule parcourt ses périodes en peu de temps : cinq jours, dix jours tout au plus, suffisent pour la faire disparaître, et il ne reste plus alors qu'une tache violacée qui s'efface insensiblement. Mais au fur et à mesure que des pustules s'effacent, il s'en

produit de nouvelles, de sorte que la maladie peut durer plusieurs semaines, quelquefois même plusieurs mois. Ainsi l'éruption est toujours aiguë, mais par suite de poussées nouvelles, la maladie peut véritablement devenir chronique.

La guérison est la terminaison la plus ordinaire de l'ecthyma, mais quelquefois, quand la constitution est détériorée, aucune tendance salutaire ne se manifeste, les pustules se perpétuent, chacune d'elles a une durée de plus en plus longue, la chronicité s'établit, et quand les croûtes viennent à tomber, elles laissent à découvert une ulcération de mauvaise nature. La lymphangite qui complique souvent l'ecthyma est ordinairement peu grave; dans quelques cas très rares cette complication a pu cependant amener une terminaison funeste.

Le *diagnostic* de l'ecthyma est facile : l'isolement de la pustule, sa forme arrondie et l'auréole rouge qui l'entoure, son volume, sa marche aiguë, feront éviter toute confusion. Disons quelques mots cependant des affections qui présentent quelque ressemblance avec cette maladie, et qui pourraient parfois vous induire en erreur : c'est le *furoncle*, l'*impétigo*, l'*acné*, le *pemphigus* et les *éruptions syphilitiques*.

Le *furoncle* débute par une petite pustule moins aplatie peut-être que dans l'ecthyma, et entourée d'un cercle rouge comme dans cette dernière affection, aussi, à cette période de début, le diagnostic est-il difficile; mais plus tard, tandis que la pustule ecthymateuse se soulève sans se rompre et sans grande participation du tissu cellulaire, dans le furoncle la pustule initiale se rompt de bonne heure, une couleur brune et sombre colore la peau, il survient un gonflement considérable, les douleurs deviennent vives et lancinantes. Puis plus tard une matière gangréneuse, le bourbillon, s'é-

chappe au milieu d'un pus bien lié, ordinairement coloré par du sang.

L'ecthyma et l'*impétigo* sont deux affections pustuleuses, mais leur aspect est bien différent. Dans l'impétigo, les pustules, loin d'être isolées, régulières et volumineuses, sont petites, inégales, rapprochées, et souvent même confondues les unes avec les autres, en un mot elles sont *psydraciées*.

Au bout de quelques jours ces pustules se rompent et se recouvrent de croûtes inégales, irrégulières, ne ressemblant en rien aux croûtes de l'ecthyma. L'espace qu'elles occupent, toujours étendu, s'accroît par voie de contiguïté, tandis que les pustules de l'ecthyma se développent isolément.

Il est quelquefois difficile de différencier l'*acné* et l'ecthyma; remarquons toutefois que dans l'ecthyma tout ce qui constitue la pustule est envahi par la suppuration, tandis que dans l'acné on trouve presque toujours une base non suppurante. Les pustules de la plupart des variétés d'acné sont d'ailleurs petites, acuminées, elles occupent presque exclusivement le visage, les épaules et la poitrine, elles ont une marche plus chronique.

Dans quelques cas de *pemphigus* aigu, lorsque les bulles se terminent par suppuration, il peut y avoir une certaine ressemblance avec l'ecthyma; mais, dans la première maladie, le soulèvement épidermique est moins régulièrement arrondi, il occupe souvent un espace plus étendu, et lorsque l'épiderme vient à se rompre, la croûte qui résulte de la dessiccation du pus est moins dure, moins épaisse, et si cette croûte est enlevée, l'ulcération paraît plus superficielle.

Rarement il y aura lieu de confondre un ecthyma simple avec les pustules syphilitiques; en effet, ces dernières présentent toujours un aspect particulier. Ainsi, outre la coïncidence d'autres accidents, tels que engorgements ganglion-

naires, plaques muqueuses, etc., les syphilides pustulo-crustacées, sont entourées d'une auréole brune, tendent à la chronicité, et durent souvent un mois, six semaines, et même plus; elles laissent fréquemment, quand les croûtes se détachent, des ulcérations irrégulières, inégales, souvent taillées à pic, quelquefois serpigineuses. Enfin, il y a absence complète de réaction locale, il n'y a ni douleurs ni démangeaisons.

Pronostic. — On peut toujours porter sur l'ecthyma simple un *pronostic favorable;* d'une durée courte en général, il parcourt rapidement ses périodes et arrive vite à guérison. Cependant, chez les vieillards ou chez les sujets profondément débilités, il a de la tendance à passer à la chronicité, et à revêtir la forme cachectique.

Étiologie. — Les causes de l'ecthyma sont prédisposantes et occasionnelles. Il est certain que l'enfance, la première jeunesse, le tempérament lymphatique, l'été ou le commencement du printemps, favorisent le développement de cette affection; mais presque toujours sa production est soumise à l'influence de causes directes. Parmi ces causes, l'irritation de la peau joue le rôle principal. Ainsi des frictions avec des pommades rances ou irritantes, comme la pommade stibiée par exemple, déterminent une véritable éruption ecthymateuse. Il n'est pas rare non plus d'observer des pustules d'ecthyma sur les limites d'un vésicatoire, mais, chose plus remarquable, nous en avons rencontré après l'application d'un vésicatoire sur la poitrine dans le point correspondant et opposé où aucun emplâtre n'avait été appliqué.

Quelle que soit l'importance des causes que nous venons d'énumérer, elles sont loin d'être aussi fréquentes que l'irritation déterminée à la peau par la présence de l'acare de la gale. En effet, ce parasite joue un tel rôle dans la produc-

qui nous a présenté cette affection et chez lequel, du reste, l'ecthyma compliquait la gale comme dans les cas simples.

Le diagnostic ne présente aucune difficulté, le pronostic est toujours grave.

Le traitement est surtout général: aliments toniques et réparateurs, vin généreux, préparations de fer et de quinquina. On peut, en outre, déterger les parties malades avec des lotions excitantes: alcool camphré étendu d'eau, vin aromatique, etc.

§ II. — Ecthyma chronique.

L'ecthyma chronique est moins commun que l'ecthyma aigu; il présente, comme nous l'avons dit, deux variétés: l'*infantile* qu'on observe chez les enfants, et le *cachectique* qui se présente de préférence chez les vieillards ou chez les adultes dont la constitution est détériorée.

1° Ecthyma infantile.

Cette espèce est caractérisée par des pustules arrondies, phlyzaciées, isolées les unes des autres, entourées d'une auréole d'un rouge sombre ; leur développement exclusif à l'enfant se fait sur tous les points de l'enveloppe cutanée. Les croûtes qui les remplacent sont noires et adhérentes, et quand elles se détachent trop tôt, elles laissent au-dessous d'elles des ulcérations sanieuses, grisâtres, baignées par un pus séreux, fétide, ayant tous les caractères du pus scrofuleux. La tendance qu'ont ces ulcérations à passer à l'état chronique fait qu'elles persistent ordinairement plusieurs mois.

En même temps, on voit survenir des phénomènes généraux qui annoncent un trouble profond dans la nutrition : une fièvre hectique avec accès revenant le soir et accompagnée d'une transpiration abondante, puis de l'anorexie, de la

diarrhée, de l'abattement, de la maigreur, tous phénomènes qui, si l'on ne parvient à les enrayer, sont le prélude d'une terminaison fatale. Quelquefois, il est vrai, on voit ces symptômes généraux, après avoir offert un caractère vraiment alarmant, diminuer d'intensité : l'appétit revient, le dévoiement cesse, les forces renaissent, en même temps le nombre des pustules diminue, les ulcérations se cicatrisent et la guérison survient. Ces cas d'heureuse terminaison sont rares, et le plus ordinairement, on voit survenir les complications habituelles de cette affection du côté des organes digestifs.

Le *diagnostic*, en général facile, ne pourrait présenter d'incertitude qu'en présence d'une affection syphilitique pustuleuse. Cette dernière maladie, en effet, peut se rencontrer dans l'enfance ; mais dans ce cas, les pustules ne sont jamais seules, toujours on trouve d'autres phénomènes concomitants, et il en est qui manquent bien rarement : telles sont les plaques muqueuses, soit aux lèvres, soit aux organes génitaux ou à l'anus.

Le *pronostic* est toujours grave, la mort étant la terminaison la plus fréquente.

Les *causes* de l'ecthyma infantile tiennent presque exclusivement aux mauvaises conditions hygiéniques au milieu desquelles s'élèvent les enfants : aussi rencontre-t-on cette affection chez les enfants mal soignés, soumis à une mauvaise nourriture et respirant un air vicié.

Les moyens hygiéniques doivent être mis au premier rang des agents thérapeutiques : la guérison s'obtiendra en ramenant l'enfant dans une atmosphère plus saine, en lui donnant une bonne nourrice ou en lui rendant un régime plus convenable, et en particulier, en insistant sur la nourriture lactée, s'il s'agit de très jeunes enfants. Les topiques émollients ont un mauvais résultat, ils font tomber les croûtes et montrent

à nu des ulcérations devenant alors douloureuses; il vaut mieux saupoudrer les parties malades avec de la poudre d'amidon ou de lycopode, et de préférence même avec du vieux bois pulvérisé, avec de la poudre de tan ou de quinquina. Les bains gélatineux ont quelquefois réussi, ils valent mieux que les bains purement émollients. L'huile de foie de morue, quelques préparations légères de fer ou de quinquina, viennent souvent seconder l'effet des moyens hygiéniques.

2° Ecthyma cachectique.

L'ecthyma cachectique (*cachecticum, luridum*) et le rupia sont pour nous une seule et même affection. Le rupia n'est pas une espèce pathologique distincte méritant une dénomination spéciale, c'est seulement un ecthyma développé chez des sujets placés dans de mauvaises conditions hygiéniques. Je n'ai pas besoin d'invoquer une autre preuve de cette similitude, que la difficulté qu'éprouvent tous les auteurs à différencier ces deux maladies; elles ont même apparence, elles se développent sous les mêmes influences, elles réclament le même traitement; ce sont donc deux affections semblables et ne demandant qu'une même description.

L'ecthyma cachectique se présente sous forme de pustules aplaties, entourées d'une auréole d'un rouge brun, contenant un liquide roussâtre qui ne tarde pas à s'épancher au dehors. Ainsi, ce n'est pas la pustule avec ses caractères franchement tranchés, l'épiderme n'est pas tendu, mais ridé à sa surface; ce n'est pas non plus une bulle comme le disent ceux qui rangent le rupia dans les affections bulleuses (Willan, etc.); c'est une lésion anatomique tenant le milieu entre la bulle et la pustule. Le liquide qu'on trouve à l'intérieur n'est ni du pus, ni de la sérosité, mais un mélange de ces deux liquides additionné de sang le plus fréquemment;

Une partie de ce liquide s'épanche au dehors, une autre partie se concrète, et il en résulte une croûte épaisse, noirâtre, présentant quelquefois une forme assez proéminente pour avoir fait admettre aux auteurs une variété distincte ; le *rupia proeminens*.

Quand les croûtes viennent à se détacher, on trouve au-dessous d'elles une ulcération profonde, grisâtre, sécrétant un pus sanieux ; une fois développés, ces ulcères n'ont aucune tendance à la cicatrisation, ils durent des semaines, des mois entiers. Ainsi, la marche de l'éruption est chronique comme celle de la maladie ; nous avons vu, au contraire, que dans l'ecthyma simple aigu, la marche de la maladie pouvait être chronique, mais que celle de l'éruption était toujours aiguë.

L'ecthyma cachectique peut durer des mois, des années même si les phénomènes généraux ne sont pas trop intenses. Ces phénomènes, qui dépendent d'ailleurs des mauvaises conditions hygiéniques au milieu desquelles se développe l'éruption, consistent dans la dyspepsie, l'affaiblissement général précédé par de la diarrhée ; on constate également un mouvement fébrile habituel, des sueurs abondantes, un amaigrissement progressif. Lorsque ces symptômes généraux sont très prononcés, la maladie se termine par la mort ; dans des cas plus heureux, au bout d'un certain temps, la suppuration se tarit, les ulcères se sèchent, les croûtes tombent et la guérison peut arriver.

Le *diagnostic* de l'ecthyma est facile pour nous qui le considérons comme identique avec le rupia.

En effet, nous ne le confondrons pas avec le pemphigus qui nous présente des bulles bien formées, laissant rarement des croûtes après leur rupture : quand ces croûtes existent, elles sont minces, aplaties, les ulcérations qu'elles laissent après leur chute sont superficielles, peu profondes.

Nous le distinguerons facilement de l'impétigo dans lequel les croûtes sont plus molles, mal limitées, plus étendues, sans ulcération profonde.

Le diagnostic est d'une difficulté plus sérieuse en présence d'une éruption syphilitique pustulo-crustacée, mais si l'on se souvient que dans l'ecthyma cachectique, les croûtes sont noires, tandis qu'elles sont d'un vert brun dans la syphilis, si l'on se rappelle surtout que cette dernière affection est caractérisée par des phénomènes multiples, on arrivera presque toujours à un diagnostic précis.

Le *pronostic* est grave ; en effet, l'ecthyma cachectique survenant chez des individus placés dans de mauvaises conditions hygiéniques, affaiblis par l'âge ou la misère, la mort en est souvent la terminaison fatale.

Les *causes*, comme nous venons de le dire, dépendent surtout d'une mauvaise hygiène. C'est chez des gens âgés ou chez de jeunes sujets épuisés par la misère ou une mauvaise nourriture qu'on observe cette affection. Les causes efficientes sont, du reste, les mêmes que dans l'ecthyma simple : qu'un individu dont la nutrition s'est altérée aussi profondément vienne à se faire des frictions irritantes ou à contracter la gale, ou même qu'il y ait à la peau quelques écorchures, il peut lui survenir un ecthyma qui revêtira la forme cachectique.

Ces conditions étiologiques vont nous guider dans la thérapeutique. Ainsi, il faut relever la constitutiou par des préparations de fer ou de quinquina, placer le malade dans de meilleures conditions hygiéniques. Outre les bains excitants, comme les bains alcalins, sulfureux ou gélatineux, on pratiquera sur les ulcères des lotions avec de l'alcool camphré étendu d'eau, on pansera avec des plumasseaux enduits de styrax ou d'onguent digestif, on touchera quelquefois avec le

nitrate d'argent. Ces moyens divers viendront en aide au traitement général, qui doit toujours occuper la première place.

Pour terminer l'histoire de l'ecthyma, il nous resterait à déterminer son siége dans les divers éléments de la peau. Beaucoup d'auteurs l'ont placé dans les follicules sébacés, et ont cru que la forme arrondie de ses pustules tenait à la forme arrondie des follicules. Rien ne prouve cette assertion : en effet, les follicules sébacés ont des affections particulières décrites sous le nom d'*acné*, et qui toutes revêtent un aspect distinct de celui de l'ecthyma ; d'ailleurs s'il en était ainsi, on devrait rencontrer l'ecthyma là où existent le plus de follicules sébacés et où siége le plus ordinairement l'acné, sur le visage et sur le tronc par exemple; mais nous savons qu'en ces lieux l'ecthyma est fort rare, et qu'en revanche il affecte une sorte de prédilection pour les membres et surtout pour les extrémités, les mains et les pieds. Or, les anatomistes n'ont pas rencontré de glandes sébacées sur la face palmaire de la main et sur la face plantaire du pied, preuve bien évidente que l'ecthyma, qui est fréquent dans ces régions, n'a pas son siége anatomique dans les follicules sébacés.

CHAPITRE IV.

ZONA.

Le zona a reçu diverses dénominations. Désigné sous le nom de *feu Saint-Antoine*, de *feu sacré* (*ignis sacer*), quelques médecins l'appellent encore *herpès*, *zona* ou *zoster;* nous préférons, avec la majorité des pathologistes, employer simplement et sans addition le mot *zona*.

Sous les diverses dénominations que nous venons d'exa-

miner, on désigne une affection caractérisée par des plaques rouges peu saillantes, peu étendues, surmontées de vésicules groupées et laissant entre elles des intervalles de peau saine. Cette éruption affecte une sorte de prédilection pour le tronc, où elle forme une sorte de ceinture ou plutôt de demi-ceinture, puisqu'elle n'existe que d'un côté, mais on peut la rencontrer ailleurs, sur le visage et sur les membres, par exemple.

Le zona débute ordinairement par des phénomènes généraux : un léger malaise, de la courbature, de l'anorexie ; puis le malade ne tarde pas à éprouver en un point assez limité une sensation de chaleur, une véritable cuisson même ou des élancements douloureux. Si on examine la partie qui est le siége de ces phénomènes, on y découvre plusieurs plaques rouges d'une étendue variable, mais dépassant rarement 4 à 8 centimètres. Sur ces plaques rouges on voit bientôt s'élever des vésicules transparentes, de la grosseur d'un grain de millet environ, au nombre de cinq à vingt, et dont les phases de terminaison sont variables. Quelquefois, en effet, vous verrez plusieurs vésicules se fondre ensemble, de manière à ne former plus qu'une bulle à contours irréguliers, tandis que vous en verrez d'autres suivre isolément leur période d'évolution. Dans ces deux cas, il arrive le plus ordinairement que la sérosité se trouble d'abord, puis se résorbe, et qu'une croûte brune, quelquefois noire, remplace la vésicule ; en même temps la tache rouge s'affaisse, puis disparaît, et quelques jours après, la croûte ne tarde pas à tomber.

Dans quelques cas plus rares et surtout quand le malade a subi un traitement peu convenable, au lieu de se résorber, la sérosité devient purulente, l'épiderme se rompt et laisse à nu une ulcération grisâtre, plus rarement rosée. Une croûte

noire finit par la recouvrir et la cicatrice se formé plus tard après la chute de cette croûte. Enfin, plus rarement encore, on voit une eschare grisâtre se développer autour de la vésicule primitive et laisser après sa chute une ulcération profonde. Cette forme, qui pourrait recevoir le nom de *zona gangréneux*, affecte surtout les gens âgés et ceux dont la constitution est détériorée par de mauvaises conditions hygiéniques.

Indépendamment de ces phénomènes qui peuvent être considérés comme les signes sensibles de l'affection, les malades éprouvent une douleur sourde, continue, présentant des degrés variables d'intensité, et qu'ils comparent tantôt à la sensation d'une brûlure, plus souvent à un élancement, et qui peut devenir assez intense pour occasionner l'insomnie.

Les caractères de cette douleur la rapprochent beaucoup des névralgies, et, comme ces dernières, elle présente sur le trajet des nerfs des points particuliers que la pression exaspère et où les élancements sont toujours plus vifs. On a eu tort d'affirmer que cette douleur était constante, car nous avons rencontré plusieurs cas dans lesquels elle manquait complétement; ordinairement elle suit l'éruption et rarement nous l'avons vue se développer au début de la maladie ou précéder l'apparition de la rougeur et des vésicules. Peu vive en général chez les jeunes sujets et chez les individus forts, elle est au contraire plus intense et se prolonge plus longtemps chez les gens affaiblis et principalement chez les vieillards; elle est également plus prononcée chez les malades sujets aux névralgies.

Les plaques rouges recouvertes de vésicules sont en nombre variable; ainsi, tandis que dans certains cas il n'y en a que deux ou trois, elles atteignent dans d'autres un chiffre plus considérable. Leur siége de prédilection est le tronc, et là elles

se développent suivant une ligne légèrement oblique de haut en bas et d'arrière en avant.

L'éruption n'affecte ordinairement qu'un seul côté et s'arrête en avant et en arrière à la ligne médiane, sorte de barrière qu'on la voit bien rarement franchir; aussi le zona double est fort rare; on en a cependant cité quelques exemples, mais encore dans ces cas les deux demi-ceintures ne se correspondaient pas, et l'une était toujours plus élevée que l'autre.

Quelques auteurs ont cru remarquer que l'éruption occupait un côté plus souvent que l'autre. Joseph Franck et M. Cazenave ont dit qu'elle existait plus souvent à droite qu'à gauche.

Pour être plus fréquent au tronc, le zona n'est pas cependant exclusif à cette région. On le voit au cou, à la figure, on en a même observé sur le cuir chevelu; on le rencontre au bras, dont il suit la direction, commençant à l'épaule et finissant à l'avant-bras, quelquefois au poignet; enfin on l'observe sur les membres inférieurs, s'étendant depuis l'épine iliaque antérieure et supérieure jusqu'à la face interne du mollet. Du reste, quel que soit son siége, ses caractères, ses terminaisons sont les mêmes.

Les phénomènes généraux sont ordinairement peu prononcés dans cette affection. Quelquefois on voit paraître au début un léger malaise et des phénomènes fébriles de peu de durée, mais au bout de peu de jours l'abattement cesse, l'appétit renaît et les fonctions se rétablissent dans leur régularité; dans certains cas cependant les douleurs névralgiques sont assez intenses pour produire une fatigue générale, de l'insomnie et de l'inappétence. Dans la forme gangréneuse que nous avons mentionnée, on voit se développer des symptômes graves : la face est pâle, le pouls fréquent et

petit, l'appétit nul, les forces sont abattues, et l'on observe tous les phénomènes adynamiques qui se rencontrent habituellement dans les maladies gangréneuses.

Dans les cas simples le zona suit une marche aiguë; ainsi ordinairement, au bout de quinze jours, les croûtes tombent et laissent après elles une tache violette qui ne tarde pas à disparaître. Lorsque les vésicules s'ulcèrent, la durée est toujours plus longue et peut se prolonger pendant six semaines ou deux mois.

Quelle que soit la terminaison du zona, la résolution ou l'ulcération, la névralgie concomitante disparaît ordinairement avec l'éruption, quelquefois même elle cesse lorsque les croûtes se forment; mais dans certains cas elle persiste alors que tous les phénomènes locaux ont cessé, et peut durer des semaines, des mois, des années même. Chez quelques sujets la névralgie disparaît, mais elle se reproduit sous la moindre cause, et dans ces cas le siége qu'elle occupe n'est pas constamment le même, elle peut se déplacer. C'est ainsi que nous avons eu dernièrement l'occasion d'observer une névralgie intercostale qui avait succédé à un zona, et qui fut ensuite remplacée par une névralgie faciale. Sauf ces cas, où la maladie se prolonge indéfiniment sous la forme d'une névralgie, la terminaison habituelle du zona est heureuse; nous en excepterons cependant encore les faits dans lesquels la gangrène se développe autour des vésicules, et qui peuvent se terminer par la mort.

Le *diagnostic* du zona est généralement facile. On devra reconnaître cette maladie à son siége unilatéral, à sa direction linéaire, et surtout aux caractères des plaques rouges surmontées de vésicules et accompagnées de douleurs névralgiques. Dans certains cas, cependant, si l'éruption est légère et si la névralgie est intense, on peut commettre une erreur

en négligeant d'examiner à nu la partie douloureuse, et en laissant ainsi l'éruption passer inaperçue. Nous avons eu plusieurs fois occasion de constater une semblable omission.

Au début, ne pourrait-on pas confondre le zona avec un *érysipèle*, et plus tard avec la maladie désignée sous le nom d'*herpès phlycténoïde* ? Mais, dans l'érysipèle, la rougeur est ordinairement continue, accompagnée d'un gonflement qu'un bourrelet tranché sépare toujours des parties voisines, et si parfois il arrive que l'épiderme se soulève, c'est en phlyctènes larges et bien développées. Quant à l'herpès phlycténoïde, nous n'avons pas à en établir le diagnostic différentiel avec le zona, car pour nous ces affections sont identiques : l'herpès phlycténoïde n'est qu'un zona des membres que son siége insolite a fait considérer à tort comme une maladie spéciale et distincte, car il réunit réellement tous les caractères d'éruption et de douleur du zona.

Le *pronostic* est ordinairement peu grave, et lorsque les malades sont soumis à un traitement convenable, et qu'on a le soin de ne pas rompre les vésicules, la guérison est prompte ; toutefois chez les gens âgés ou affaiblis, il ne faut pas se hâter de porter un jugement trop favorable, car ce sont les sujets placés dans ces conditions qui sont exposés à des névralgies persistantes et rebelles à tout traitement ; c'est également chez eux qu'on observe ces eschares gangréneuses qui envahissent les vésicules, et qui peuvent amener une terminaison funeste.

L'*étiologie* du zona va nous fournir quelques renseignements intéressants sur les conditions de son développement. C'est surtout au printemps et en été qu'on l'observe, plus rarement en hiver. Les influences atmosphériques paraissent exercer également une certaine influence sur sa production, car on l'a vu quelquefois régner d'une manière pour ainsi

dire épidémique, et à l'hôpital Saint-Louis, quand nous rencontrons un cas de zona, il est ordinaire que nous en observions d'autres exemples les jours suivants. Relativement aux âges des malades, nous dirons que, commun chez l'adulte, il est plus fréquent chez le vieillard, et plus rare chez l'enfant ; nous ajouterons qu'il paraît se développer plus souvent chez l'homme que chez la femme. Quant aux causes occasionnelles, signalons deux circonstances importantes : le refroidissement, cause assez fréquente pour avoir fait considérer le zona comme une maladie de nature rhumatismale, et les émotions morales vives, surtout la colère.

Rien n'est plus simple que le *traitement* du zona. On doit avoir pour but de respecter les vésicules ; il faut donc proscrire les topiques émollients, cataplasmes, lotions ou bains, et s'abstenir surtout des cautérisations et des frictions. Est-il un traitement plus barbare que celui qu'emploient encore aujourd'hui quelques médecins qui passent une brosse de chiendent sur l'éruption, et aggravent ainsi considérablement les douleurs du malade, tout en augmentant d'une manière indéfinie la durée de l'affection? Au début de la maladie, il suffit d'enduire d'huile la partie affectée, et de la saupoudrer avec une poudre inerte, amidon ou lycopode; on établit ainsi une couche protectrice pour les vésicules. Dans les cas de névralgie intense, nous remplaçons la poudre inerte par une poudre antispasmodique ainsi composée :

Poudre d'amidon	3 parties.
Oxyde de zinc.	1 partie.

Lorsque les vésicules sont desséchées, on se trouve bien de quelques bains qui hâtent la chute des croûtes.

Si l'on est appelé quand les vésicules sont déchirées et lorsque les ulcérations sont formées, on peut prescrire des

cataplasmes émollients de farine de riz ou de fécule, des bains généraux; si l'inflammation n'est pas trop vive, il faut panser avec des linges fins enduits de cérat saturné ou de cérat opiacé.

Les moyens généraux de traitement sont peu importants : on doit se contenter de prescrire quelques boissons acidules et rafraîchissantes, et un régime alimentaire en rapport avec l'appétit.

Lorsqu'il existe des plaques gangréneuses, il faut pratiquer des lotions excitantes et saupoudrer les parties malades avec de la poudre de quinquina; mais, en même temps, le point essentiel est de relever les forces par un traitement tonique dont les préparations de quinquina forment la base.

Quand les douleurs sont très vives, quand surtout elles persistent après l'éruption, on doit les considérer comme étant de nature névralgique, et les combattre avec les moyens qu'on emploie habituellement contre les névralgies; les narcotico-âcres, et surtout les préparations de belladone et de datura stramonium, sont alors indiqués à l'intérieur et à l'extérieur. Lorsque l'éruption a déjà disparu depuis assez longtemps, les vésicatoires volants, soit simples, soit saupoudrés d'un sel de morphine, ont souvent réussi pour enlever des douleurs persistantes. Enfin, on a cité des exemples de névralgies rebelles qui n'ont cédé qu'aux moxas ou à la cautérisation transcurrente.

Quelle est la *nature* du zona? Quelques auteurs ont pensé que c'était une fièvre éruptive, et ils ont appuyé leur opinion sur la régularité de sa marche, et sur la disparition des phénomènes généraux alors qu'apparaissait l'éruption. Mais cette régularité est loin d'être aussi grande que celle des fièvres éruptives; d'ailleurs le zona diffère essentiellement de ces affections par sa localisation, par l'absence de contagion, et

par la circonstance des causes accidentelles sous l'influence desquelles il se développe souvent; nous rappelons ici le froid et les émotions morales.

On a encore considéré le zona comme une névralgie. Un de nos anciens internes, M. le docteur Parrot, a même publié un Mémoire dans lequel il cherche à établir la nature névralgique ou rhumatismale du zona, en ne considérant l'éruption que comme un symptôme accessoire. Il base son opinion sur les caractères de la douleur, qui se rapproche de celle des névralgies, et surtout sur les causes de l'affection qui, dans presque toutes les observations qu'il a recueillies, se rapportent à un refroidissement. Nous admettons l'existence fréquente et non la constance de cette cause, qu'il est impossible de retrouver dans quelques cas, mais l'objection la plus sérieuse à faire à la doctrine de M. Parrot consiste dans l'absence complète de douleur observée chez certains malades atteints de zona. Or, qu'est-ce qu'une névralgie sans douleur? Admettons donc que le zona est une maladie inflammatoire, accidentelle, à laquelle l'existence d'une véritable névralgie compliquant habituellement l'éruption donne un caractère spécial, mais qui ne peut cependant être rangée ni dans la classe des *fièvres*, ni dans celle des *névralgies*.

CHAPITRE V.

STROPHULUS.

Le strophulus est une affection caractérisée par une éruption de papules assez volumineuses, distinctes les unes des autres, et accompagnées de démangeaisons assez vives. Désigné par beaucoup de médecins sous le nom de *feux de dents*,

sa fréquence est assez grande et son histoire cependant peu connue. Les caractères différentiels qu'il présente nous ont fait établir deux variétés dans sa description : le *strophulus simple* et le *strophulus prurigineux*.

§ I. — Strophulus simple.

Le strophulus simple est une maladie qui se présente sous la forme de papules, tantôt rouges, tantôt blanches, légèrement acuminées, et dont le volume varie entre celui d'une tête d'épingle et celui d'un gros grain de millet. La cuisson assez vive qui les accompagne force les malades à se gratter, à s'écorcher même, et le suintement qui en est le résultat se concrète sous forme de croûtes blanches ou jaunâtres, très rarement noires.

Le siége de prédilection de ces papules est ordinairement à la face, cependant il n'est pas rare de les rencontrer ailleurs, sur le tronc et sur les membres par exemple.

Les différents aspects sous lesquels se présente ce strophulus l'ont fait désigner des pathologistes sous des dénominations diverses. Ainsi ces papules sont-elles discrètes et sans aucune complication, on l'a appelé strophulus *simple ;* sont-elles accompagnées d'un léger érythème, c'est le strophulus dit *interstrictus ;* quand elles sont rapprochées les unes des autres, c'est alors le strophulus *confertus ;* l'éruption n'a parfois qu'une durée éphémère et se rapproche en cela de l'urticaire, c'est le *strophulus volaticus*. Enfin la couleur des papules a servi à multiplier les variétés et elles ont reçu des noms divers, suivant qu'elles étaient blanches ou rouges. Il suffit d'avoir indiqué ces différentes espèces pour nous éviter d'en faire la description.

Rarement le strophulus s'accompagne de phénomènes gé-

néraux. Survenant fréquemment chez l'enfant à l'époque de la dentition, les symptômes qui se présentent alors sont sous la dépendance de ce dernier état; dans un âge plus avancé, il n'est pas rare de trouver l'éruption en coïncidence avec un embarras gastrique.

Le strophulus simple est fréquent chez les enfants, surtout dans les deux premières années; il devient plus rare dans les années qui suivent, et ce n'est qu'exceptionnellement qu'on le rencontre chez les adultes.

Le printemps, la chaleur de l'été paraissent être des causes prédisposantes, mais la maladie se développe le plus souvent sous l'influence directe d'une mauvaise digestion.

Le strophulus dure rarement plus de quatre ou cinq jours et souvent même beaucoup moins, il est donc inutile de recourir à un traitement actif; conseillez tout au plus quelques boissons rafraîchissantes et quelques bains émollients. Si les démangeaisons sont trop vives, on peut les calmer par de la poudre d'amidon ou de lycopode, et s'il y a quelque complication d'embarras gastrique, il peut y avoir indication à administrer un léger purgatif.

§ II. — Strophulus prurigineux.

Sous ce nom nous avons décrit depuis plusieurs années dans nos cours cliniques, une éruption qui nous paraît avoir quelque chose de spécial et qui est généralement confondue avec le prurigo. M. Bazin toutefois a également distingué cette maladie et la rattachée à l'a scrofule, en la désignant sous le nom de *scrofulide boutonneuse bénigne;* après avoir décrit cette maladie, nous nous réservons de discuter l'opinion étiologique de M. Bazin. Nous ajouterons qu'un de nos anciens élèves, M. Franquebalme, a choisi le strophulus pru-

rigineux pour sujet de thèse en 1858, et en a donnné une description exacte en reproduisant nos opinions sur ce point de dermatologie.

Le strophulus prurigineux est caractérisé par l'apparition sur le corps de papules assez volumineuses, souvent discrètes, rarement confluentes; les unes sont de la couleur de la peau, les autres sont rouges et parfois même compliquées de taches érythémateuses. Ces papules sont le siége de démangeaisons très vives exaspérées encore par les complications qui surviennent, et qui, toujours plus fortes le soir, sont quelquefois assez intenses pour produire l'insomnie : les malades se grattent alors avec fureur et écorchent le sommet de quelques papules qui sont ensuite recouvertes de petites croûtes jaunâtres. En même temps, au milieu de ces papules, on voit se développer d'autres petites saillies également papuleuses, mais recouvertes à leur sommet d'une croûte noirâtre caractérisant le prurigo. Cette complication constante du prurigo nous paraît être le caractère distinctif de cette variété. Ajoutons que d'autres éruptions peuvent encore venir consécutivement à l'irritation déterminée à la peau, et qu'il n'est pas rare de voir en même temps des érythèmes, des pustules d'ecthyma se mélanger à l'éruption papuleuse et venir ainsi obscurcir beaucoup le diagnostic pour les médecins peu familiarisés avec les maladies de la peau.

Du reste, ce strophulus occupe de préférence les parties supérieures du corps, la figure et les membres thoraciques ; on le rencontre quelquefois sur les cuisses, mais bien plus rarement sur les jambes.

Le *strophulus prurigineux* est une affection qui n'entraîne ordinairement que des symptômes locaux ; tout au plus, quand il cause l'insomnie, produit-il un léger malaise, de l'inappétence et, par suite, un peu d'amaigrissement et de faiblesse.

La durée de cette maladie est variable; ainsi elle peut avoir une marche aiguë et disparaître au bout de quelques jours; mais comme elle dépend souvent de causes hygiéniques persistantes, on la voit souvent se prolonger pendant plusieurs mois. C'est ainsi qu'il n'est pas rare de la voir apparaître au commencement du printemps et disparaître seulement avec les premiers froids. Elle a, du reste, une tendance très grande à la récidive, et beaucoup de sujets la voient revenir chaque année pendant les mois les plus chauds.

Les complications qui accompagnent le strophulus et que nous venons de citer rendent quelquefois son diagnostic difficile. On sait que de toutes la plus fréquente, c'est sans contredit le prurigo. Or il suffit de reconnaître les caractères des deux éruptions pour admettre leur mélange, et si d'un côté vous voyez les papules du strophulus arrondies ou coniques, blanches ou rouges, recouvertes de minces croûtes jaunes, et de l'autre les papules du prurigo toujours plus petites, toujours recouvertes d'une croûte noire, vous pouvez admettre un strophulus prurigineux.

Le strophulus pourrait encore être confondu avec la variété d'eczéma décrite sous le nom d'*eczema rubrum*. Quelquefois, en effet, on voit cette dernière éruption envahir la figure, les membres et surtout les plis articulaires; elle se montre sous forme de plaques rouges pointillées, surmontées de vésicules et accompagnées de démangeaisons. Il sera toujours facile d'éviter l'erreur en se rappelant la forme vésiculeuse de l'eczéma, tandis que la papule est l'élément anatomopathologique du strophulus.

Le lichen sera toujours d'un diagnostic facile; en effet ses papules, au lieu d'être disséminées, sont rapprochées et confondues, et ailleurs il présente trois caractères distinctifs qu'on n'observe pas dans le strophulus, à savoir : l'exagéra-

tion des rides de la peau, son épaississement et sa rudesse au toucher.

Un diagnostic plus difficile consiste à séparer le strophulus de la gale ; dans ces deux maladies, en effet, il y a des démangeaisons s'exaspérant le soir, on voit des papules de prurigo répandues sur une partie de l'enveloppe cutanée, et des pustules d'ecthyma viennent parfois compliquer le strophulus aussi bien que la gale. Examinez alors votre malade avec attention, et s'il ne porte aucune éruption papuleuse à la figure, vous pouvez presque du premier coup d'œil diagnostiquer une affection scabieuse, tant il est rare de voir l'absence de papules à la face dans le strophulus ; cependant vous n'aurez de certitude dans le diagnostic que quand vous aurez trouvé le sillon caractéristique de la gale et l'acare qu'il contient. Si les sillons sont douteux, cherchez des papules autour du mamelon chez la femme et sur la verge de l'homme. Songez en outre que les affections concomitantes de la gale ont presque toujours des siéges de prédilection, que le prurigo, par exemple, occupe surtout l'abdomen et la face interne des cuisses, tandis que l'ecthyma siége plutôt aux fesses. A l'aide de ces signes vous arriverez toujours à distinguer la gale et le strophulus, et vous pourrez reconnaître leur existence simultanée, si parfois ces deux affections viennent à se compliquer.

Le pronostic du strophulus n'est pas grave par lui-même en ce sens qu'il ne menace pas l'existence des malades, cependant sa marche chronique, sa facilité à la récidive deviennent souvent pour ceux qui en sont atteints un véritable supplice.

L'*étiologie* du strophulus, très bien traitée dans la thèse de M. Franquebalme, va nous fournir d'utiles renseignements fondés sur un très grand nombre d'observations.

C'est surtout chez les enfants ou chez de jeunes sujets n'ayant pas encore atteint leur vingtième année, que s'observe cette affection; en effet, sur soixante observations, nous n'avons trouvé que deux sujets qui eussent dépassé cet âge. Nous l'avons aussi rencontrée plus souvent chez des individus faibles, chez des femmes et surtout chez des jeunes filles chlorotiques et chez des sujets lymphatiques. Ainsi que nous l'avons déjà dit, M. Bazin considère même le strophulus comme étant de nature scrofuleuse et le décrit sous le nom de *scrofulide boutonneuse bénigne*. Nous croyons que notre collègue a un peu exagéré l'influence scrofuleuse, car si nous avons souvent rencontré la faiblesse de la constitution, souvent nous n'avons pu constater sur les malades aucun symptôme de scrofule.

C'est surtout dans les classes pauvres, chez des sujets placés dans de mauvaises conditions hygiéniques, et par suite, ayant subi un appauvrissement de l'économie, que nous avons observé le strophulus; toujours l'éruption nous a paru augmenter par le travail et diminuer par le repos, souvent même nous l'avons vue débuter par les parties qui fatiguent le plus.

Parmi les causes occasionnelles, la température joue un rôle des plus importants; en effet, c'est au printemps, avec les premières chaleurs qu'apparaît le strophulus, il augmente avec l'élévation de la température et il disparaît avec les premiers froids. Le changement d'air, le séjour nouveau dans une grande ville, le non-acclimatement sont des causes efficientes dont on ne peut mettre la valeur en doute et dont nous avons constaté la fâcheuse influence; mais nous ajouterons surtout à toutes ces causes l'habitation dans une chambre trop petite, mal aérée, privée de soleil, et dans un air vicié par la respiration de plusieurs personnes.

Le strophulus prurigineux est-il une affection contagieuse? On le croirait au premier abord, car on le rencontre souvent chez des personnes de la même famille et qui ont ensemble des rapports journaliers; toutefois cette contagion est plus apparente que réelle, et si l'on réfléchit à l'étiologie de cette affection, on verra que tous ces malades sont placés dans les mêmes conditions, qu'ils ont les mêmes habitudes, la même nourriture, la même hygiène. Un fait, du reste, qui vient à l'appui de notre idée de la non-contagion, c'est qu'il est rare, quand toute une famille est atteinte, d'observer le strophulus sur le mari dont la constitution est en général meilleure et qui est appelé par ses travaux à d'autres habitudes. Aussi, nous pouvons affirmer, sans craindre un démenti, que les auteurs qui ont rapporté des exemples de contagion, ont commis des erreurs de diagnostic par suite d'observations inexactes.

Le strophulus prurigineux n'exige qu'un traitement assez simple, et il suffit, pour le voir disparaître immédiatement, d'éloigner les mauvaises conditions qui l'ont produit. Ainsi quand un malade est admis à l'hôpital, quel que soit le traitement employé, il suffit de quelques jours pour voir s'éteindre toute trace d'éruption. Mais on n'obtient pas de cette façon une guérison radicale, et l'affection récidive sitôt que le malade reprend ses anciennes habitudes. Il faut donc ou modifier la constitution ou changer complétement les conditions hygiéniques. On arrivera lentement au premier résultat en donnant les toniques, les préparations de fer ou de quinquina, l'huile de foie de morue; tandis que la guérison sera considérablement accélérée, s'il est possible au malade de reprendre le genre de vie délaissé, de choisir une habitation plus saine ou mieux aérée, de retourner à son pays ou d'aller à la campagne.

Le traitement local a peu d'importance, cependant en donnant des bains alcalins ou des bains sulfureux tous les deux jours, en saupoudrant les parties malades avec un mélange de poudre d'oxyde de zinc et d'amidon si les démangeaisons sont trop vives, on ramènera plus promptement la peau à ses conditions physiologiques.

CHAPITRE VI.

PRURIGO.

Le prurigo tire son étymologie du mot *pruritus*, prurit, et l'on désigne ordinairement sous ce nom une maladie caractérisée par une éruption de petites papules, peu élevées, plus ou moins discrètes, recouvertes à leur sommet d'une croûte noire due à la dessiccation du sang, et accompagnées de démangeaisons.

La connaissance de cette affection remonte à une époque fort éloignée, et les auteurs grecs et latins nous en ont laissé d'assez bonnes descriptions : ainsi, pour n'en citer qu'un exemple, le célèbre dictateur romain Sylla paraît avoir subi les atteintes d'une variété de prurigo développé chez lui à un degré très intense, et avoir succombé à cette affection après les souffrances les plus atroces.

Les dermatographes anglais Willan et Bateman rangent le prurigo dans la classe des *maladies papuleuses*, entre le strophulus et le lichen, classification évidemment mauvaise, les trophulus étant une maladie légère et de guérison facile, le lichen étant une maladie diathésique et de curation difficile.

Dans sa classification des *dermatoses*, Alibert range le prurigo à côté de la gale : ce sont en effet deux affections

souvent concomitantes, mais il ne faut pas oublier que l'une est une maladie parasitaire spéciale, et l'autre une affection locale accidentelle, sans relation obligée avec un état général de l'économie, et pouvant se développer d'ailleurs dans diverses circonstances, comme complication de plusieurs maladies cutanées.

Le prurigo débute par une démangeaison qui excite les malades à se gratter; puis assez promptement on voit apparaître une éruption de petites saillies papuleuses peu élevées que les malades écorchent avec leurs ongles; le sommet de la papule ainsi entamée est le siége d'un léger écoulement sanguin, lequel, en se coagulant, donne aux papules du prurigo leur physionomie caractéristique. Les démangeaisons ordinairement continues, présentent presque toujours des exacerbations revenant le soir et s'augmentant par la chaleur du lit. Alors les malades ne se contentent pas d'écorcher les papules, mais les douleurs sont parfois tellement vives qu'ils se déchirent la peau et impriment la trace de leurs ongles sous forme de traînées noires et d'excoriations linéaires quelquefois assez profondes.

L'éruption affecte l'enveloppe cutanée soit en totalité, soit en partie; dans quelques cas elle s'accompagne d'une augmentation notable dans la production pigmentaire : de là cette coloration brune et plus foncée que présentent en général les malades atteints de prurigo, coloration qui persiste quelquefois alors que tous les autres symptômes ont disparu.

Le prurigo peut exister sans produire aucun dérangement notable dans la santé; cependant, lorsque son intensité est considérable, il amène ordinairement à sa suite un trouble profond dans la nutrition : l'insomnie, résultat des démangeaisons atroces qui torturent les malades, entraîne avec elle

l'anorexie, la difficulté des digestions, quelquefois même des vomissements, et produit à la longue un amaigrissement prononcé et un véritable état cachectique.

Le prurigo se présente avec des caractères assez variés pour qu'on doive établir des espèces et envisager la maladie : 1° suivant son intensité ; 2° suivant sa cause ; 3° suivant son siége.

§ I. — Variétés suivant l'intensité.

Suivant l'intensité de la maladie, on admet un prurigo *mitis* et un prurigo *formicans*.

1° *Prurigo mitis.* — Dans cette affection les papules sont en petit nombre, disséminées, et la coloration de leur base ne diffère en rien de celle de la peau ; les démangeaisons sont peu vives, facilement supportables et toujours soulagées par l'excoriation. Il y a du reste une absence complète de phénomènes généraux : les fonctions digestives s'exécutent bien et la santé ne subit aucune altération. Il est inutile d'insister davantage sur cette variété.

2° *Prurigo formicans.* — Entre l'affection qui précède et celle dont nous allons donner la description, on peut trouver tous les degrés de transition. Le prurigo formicans ne produit plus de simples démangeaisons, faciles à supporter, mais des cuissons atroces, et des élancements particuliers qui sont pour les malades l'objet de comparaisons diverses : ainsi il semble à l'un qu'un fer rouge lui laboure la peau, à l'autre que des milliers d'insectes lui rongent le corps, tandis qu'un troisième est étendu sur des charbons ardents. Livré à une insomnie qui dure des semaines, des mois entiers, le malade éprouve un besoin de gratter irrésistible, emploie quelquefois pour le satisfaire les corps étrangers les plus durs et les plus acérés, et cherche du soulagement jusque

dans les déchirures de la peau les plus profondes ; enfin les souffrances qu'il endure sont parfois tellement atroces que ses facultés intellectuelles se dérangent, il est le jouet d'hallucinations et cherche quelquefois dans le suicide un terme à sa misérable existence. C'est ainsi que nous avons pu voir, il y a quelques années à cet hôpital, un malade se donner la mort pour échapper au supplice sans cesse renaissant de cette terrible affection. Alibert a, du reste, tracé de l'état de ces malades un tableau fort exact et d'une vérité si effrayante, qu'on aurait peine à y croire au premier abord, si soi-même on n'avait eu plusieurs fois l'occasion de rencontrer des faits semblables.

Dans cette affection les cuissons sont continues, mais elles présentent généralement le soir un degré d'intensité que la chaleur du lit exaspère toujours ; chez quelques malades cette exacerbation est produite par un changement brusque de température, par le travail de la digestion ou par l'ingestion des boissons alcooliques ; chez d'autres, le moindre mouvement, le moindre contact sur la peau rendent les douleurs intolérables et nécessitent une immobilité presque absolue.

Les divers phénomènes dont la peau est le siége produisent à la longue des altérations dans cet organe ; ainsi, outre ces stries noires et ces points de même couleur que nous avons déjà mentionnés et qui succèdent aux écorchures, on la voit s'épaissir en certains points, présenter en d'autres des taches d'une couleur plus foncée et qui ont remplacé les points noirs, tandis qu'ailleurs elle offre des surfaces blanches qui sont de véritables cicatrices. Enfin il n'est pas rare de voir surgir des affections concomitantes, pustules d'ecthyma ou d'impétigo, qui contribuent à donner à la peau une physionomie toute spéciale.

Le *prurigo formicans* suit toujours une marche très lente

et se prolonge pendant des mois et des années entières. A la longue, il s'accompagne de troubles gastro-intestinaux et plus tard d'un véritable état cachectique suivi de troubles nerveux variés. La mort peut même en être le dernier terme, non pas directement, comme on le voit cependant quelquefois, mais par suite de l'affaiblissement où sont plongés les malades, affaiblissement qui les rend plus aptes à contracter des maladies nouvelles et plus incapables d'y résister.

§ II. — Variétés suivant la cause.

Le prurigo est toujours symptomatique d'une autre affection, et à ce titre nous aurions pu le ranger dans notre quatrième classe de maladies cutanées ; mais comme il est le plus souvent symptomatique d'une affection locale, nous avons préféré le ranger dans la seconde.

Le prurigo n'étant jamais idiopathique, il faut toujours rechercher la cause qui lui a donné naissance ; or, dans l'immense majorité des cas, il annonce une affection parasitaire, soit la gale, soit la phthiriase, quelquefois il est lié au strophulus ou dépend d'une névrose de la peau.

1° *Prurigo de la gale.* — La présence de l'acare détermine toujours une éruption de prurigo qui parfois est assez intense pour occuper seule l'attention et masquer même les caractères propres de la gale. Le siége qu'il occupe alors est d'une grande importance, ainsi on le rencontre surtout à l'abdomen, sur la face interne et antérieure des cuisses, sur la face externe des membres supérieurs ; jamais il n'affecte le visage. Les démangeaisons qu'il occasionne sont du reste assez supportables, et se rapprochent par leur nature des caractères que nous avons assignés au prurigo mitis. Généralement il disparaît quand la gale est guérie. Cependant il

n'est pas rare de le voir persister des semaines et des mois entiers après la destruction de l'acare; il semble alors que la présence du parasite ait profondément modifié la nervosité de la peau et que cette influence se soit maintenue après la première éruption.

2° *Prurigo pédiculaire.* — Dans la phthiriase ou maladie pédiculaire, l'éruption prurigineuse attire seule, le plus souvent, l'attention des médecins, et cette préoccupation paraît alors d'autant plus fondée, que les démangeaisons sont fort vives et présentent même toute l'intensité du *prurigo formicans*.

Les stries noires et allongées dues à la coagulation du sang, et qui peuvent se rencontrer sur tous les points de l'enveloppe cutanée, caractérisent le prurigo pédiculaire, mais elles siégent de préférence à la nuque, sur le dos et sur les épaules, et toujours, dans ces points, leur intensité est plus considérable.

L'aspect de ces traînées noires dans les régions que nous venons d'indiquer doit toujours appeler votre attention sur l'existence probable d'un parasite. Cherchez-le donc alors, non pas sur le corps où il n'est pas toujours facile à trouver, mais dans les plis de la chemise, surtout au voisinage du col. Chez les vieillards, où la fréquence du prurigo a fait admettre une variété sous le nom de *prurigo senilis*, l'absence de poux est fort rare dans une éruption prurigineuse, et de même, la présence de poux entraîne toujours chez eux du prurigo, de sorte qu'on ne sait réellement alors si ce sont les poux qui engendrent le prurigo, ou si c'est le prurigo qui attire les poux.

De toutes les variétés du prurigo, il n'en est pas une qui entraîne dans la peau des altérations aussi profondes que la variété pédiculaire; ainsi, outre les cicatrices et la coloration

bronzée dont elle est le siége, la peau exhale une sueur visqueuse et fétide, les poux répullulent à sa surface avec une rapidité effrayante et renaissent à mesure qu'on les détruit. Dans certains cas même, la maladie semble au-dessus des ressources de l'art, et après avoir épuisé sans succès tous les moyens thérapeutiques, on est réduit au bout d'un certain temps à abandonner le malade à de simples soins hygiéniques.

Comme on le voit, le prurigo pédiculaire est loin d'être une maladie légère chez tous les sujets, surtout chez les vieillards. Les sujets lymphatiques présentent en outre une complication assez fréquente de pustules d'ecthyma; toutefois, autant cette complication est fréquente chez les galeux, autant elle est rare dans la maladie pédiculaire.

3° *Prurigo lié au strophulus.* — Le prurigo accompagne souvent le strophulus. Dans ce cas, il occupe de préférence les membres supérieurs et le tronc, quelquefois le cou, souvent même la figure. Il coïncide alors, comme nous l'avons vu, avec des papules plus grosses ayant la coloration normale de la peau, et survenues sous l'influence de conditions hygiéniques particulières.

4° *Prurigo lié à une névrose de la peau.* — Dans certains cas le prurigo existe sans complication de parasites, et indépendamment du strophulus. Il paraît alors sous l'influence d'une hyperesthésie de la peau, d'une espèce de névrose qui se traduit par des démangeaisons souvent fort vives et quelquefois d'une intensité telle qu'elles se présentent avec tous les caractères du *prurigo formicans*.

C'est à cette dernière variété que nous rattacherons le prurigo qui accompagne quelquefois l'ictère, et qui paraît dû au passage dans le sang des éléments de la bile. Dans tous ces cas, du reste, les altérations de la peau ne présentent rien

de particulier, l'éruption peut se rencontrer sur tous les points de l'enveloppe cutanée, et quoique le visage en soit le plus souvent exempt, dans certains cas pourtant, on a vu le cuir chevelu devenir le siége de démangeaisons atroces.

§ III. — Variétés suivant le siége.

Dans les variétés de prurigo que nous venons d'étudier, l'éruption, malgré son intensité plus grande en certains points, s'étend presque toujours à la totalité de l'enveloppe cutanée; mais dans certains cas, et presque toujours sous l'influence d'une cause générale, les démangeaisons se limitent à une région circonscrite et plus particulièrement à la paume des mains ou à la plante des pieds, au pourtour de l'anus ou au parties génitales. Ce sont ces variétés, où les papules sont fort rares, qu'Alibert décrivait sous le nom de *prurigo latent*, et que d'autres auteurs ont désignées sous celui de *prurigo sine prurigo.*

Nous ne nous arrêterons pas au *prurigo plantaris* dont la description ne présente rien de particulier, mais nous nous livrerons à quelques considérations sur le prurigo du pourtour de l'anus (*prurigo podicis*) et sur celui des parties génitales (*P. scroti*, *P. pudendi muliebris*).

1° *Prurigo podicis.* — Le prurigo du pourtour de l'anus est caractérisé par d'atroces démangeaisons souvent continues, mais présentant des paroxysmes qui reviennent ordinairement le soir. Souvent étendue à l'orifice anal, l'affection y détermine des stries blanchâtres qui tranchent sur la coloration brune de la peau. Il n'est pas rare de voir survenir en même temps un suintement séreux qui soulage souvent les malades et qui s'accompagne d'un épaississement de la peau, plus ou moins étendu, de sorte que, dans ce cas, la

maladie semble tenir le milieu entre l'eczéma et le lichen. Quant au grattage auquel les malades se livrent souvent avec fureur, quelquefois il ne fait qu'augmenter la cuisson, d'autres fois il calme les démangeaisons et procure même des sensations voluptueuses.

Les moyens thérapeutiques réussissent rarement à guérir cette affection, et s'il survient une amélioration, il n'est pas rare de voir persister longtemps après la couleur brune et l'épaississement de la peau.

2° *Prurigo scroti.* — Cette variété ne diffère de la précédente que par le siége qu'elle occupe. Les malades éprouvent sur les bourses des démangeaisons fort vives, accompagnées d'une sécrétion séreuse, d'un épaississement de la peau et d'une exagération pigmentaire. Du reste, on rencontre souvent ces deux variétés réunies sur le même sujet.

3° *Prurigo pudendi muliebris.* — Sous ce nom, on désigne une affection caractérisée par une démangeaison vive, irrésistible, qui se développe sur les parties génitales externes de la femme, aux grandes et aux petites lèvres et qui pénètre même souvent jusqu'à l'intérieur du vagin. Cette démangeaison pousse les malades à se gratter, et comme l'action du grattage est suivie de soulagement, il en résulte une sorte de masturbation à laquelle malheureusement certaines femmes s'habituent et se livrent ensuite, même après la disparition de la maladie.

A l'examen des parties affectées, souvent on ne trouve aucune altération appréciable ; quelquefois on constate de la rougeur ; d'autres fois il y a un suintement et des ulcérations superficielles qui rappellent l'eczéma. Rarement, il y a des papules, et cette affection qui a reçu le nom de *prurigo* serait mieux nommée *prurit* des parties génitales.

On rencontre assez souvent cette maladie chez des femmes

au moment de la ménopause; quelquefois elle a paru déterminée par l'oubli des soins de propreté.

Marche. — Il est facile de s'assurer, en interrogeant les malades, que le prurigo débute toujours par de la démangeaison. Les papilles nerveuses irritées se congestionnent, sont écorchées par le grattage des malades et produisent plus tard ces stries ou ces points noirs qui sont dus à la dessiccation du sang. Une fois développée, la maladie affecte souvent de la tendance à passer à l'état chronique, surtout quand elle n'est pas due à une affection parasitaire; on la voit souvent alors se prolonger pendant des mois et des années, et devenir rebelle à tous les agents thérapeutiques, surtout quand elle envahit les parties génitales.

Diagnostic. — Le diagnostic différentiel du prurigo n'offre aucune difficulté, car c'est la seule affection dans laquelle on rencontre des papules peu élevées accompagnées de démangeaisons et recouvertes d'une croûte noire caractéristique. Mais il est un point plus important, c'est de reconnaître sous l'influence de quelle cause s'est développée l'éruption. Si vous ne trouvez aucun des caractères du strophulus, si vous ne parvenez à découvrir les traces d'aucun parasite, le prurigo, quel que soit son siége, reconnaît pour cause l'hyperesthésie de la peau.

Pronostic. — Le pronostic du prurigo varie essentiellement avec la cause qui lui a donné naissance. Quand il est de nature parasitaire ou lié au strophulus, sa guérison est en général facile : dans certains cas pourtant, il semble que son apparition ait modifié profondément la nervosité de la peau, et il persiste après la guérison de la maladie première avec une intensité et une ténacité très grandes. Mais c'est surtout quand il est lié à l'hyperesthésie de la peau, et qu'il survient chez un vieillard ou chez un sujet épuisé, que son pro-

nostic est d'une haute gravité; souvent alors il prend, par l'intensité des démangeaisons qu'il occasionne, tous les caractères du *prurigo formicans;* en outre, les troubles digestifs dont il s'accompagne, les désordres intellectuels qui en sont la conséquence, peuvent jeter les malades dans le marasme et les pousser quelquefois au suicide.

Causes. — Les causes du prurigo sont prédisposantes et occasionnelles. Nous nous sommes longuement étendu sur les dernières, le parasitisme et l'hyperesthésie de la peau. Quant aux causes prédisposantes, elles reposent surtout sur les mauvaises conditions hygiéniques. Ainsi, la misère, la malpropreté jointes à un âge avancé exercent une influence incontestable, et dans certains cas, il est impossible de méconnaître l'action des excès alcooliques ou de trop vives émotions morales.

Traitement. — Les indications thérapeutiques du prurigo sont fournies par les causes qui ont déterminé sa production.

Ainsi, dans la gale, il suffit de détruire l'*acarus* par les moyens que nous indiquerons plus tard pour voir le prurigo disparaître, tout en laissant parfois à sa suite des démangeaisons qui sont plus lentes à s'effacer.

Dans la *phthiriase*, saupoudrez le corps avec de la poudre de staphisaigre, et si ce moyen est insuffisant, alternez chaque jour entre un bain sulfureux et une fumigation cinabrée, pratiquez des onctions mercurielles dans les endroits couverts de poils comme aux aisselles et au pubis, faites changer avec soin le linge et les vêtements du malade, vous arriverez ainsi facilement à détruire les poux et à empêcher leur reproduction. Toutefois, chez les vieillards peu habitués aux soins de propreté et incapables de changer leur manière de vivre, on voit parfois la maladie résister à ces divers traitements.

Dans le strophulus prurigineux, il faut modifier les condi-

tions hygiéniques; dans le prurigo lié à l'ictère, il faut traite la maladie du foie, et nous indiquerons ici particulièremen le bon effet des préparations alcalines; enfin, si le prurig est sous une influence nerveuse, il faut avoir recours au moyens généraux, et quand il est localisé, il faut s'adresse aux médicaments topiques.

Parmi les moyens locaux qui réussissent le plus ordinaire ment dans les névroses de la peau, nous mentionnerons le lotions avec l'alun, avec l'eau blanche et avec le sublimé. Ce dernières, surtout, sont excellentes: on les emploie en s servant d'eau chaude dans laquelle on ajoute par la quantit d'un verre d'eau une cuillerée à café de la solution suivante

Sublimé	1 gramme.
Eau distillée	125 —
Alcool	q. s.

On répète ces lotions plusieurs fois dans la journée. Le pommades avec les substances opiacées ou narcotico-âcre comme celles avec la belladone, par exemple, réussissent bie rarement. On obtient quelquefois de meilleurs résultats d pommades ou de lotions avec le chloroforme ou avec l'éther En même temps, on administre des bains généraux addition nés de sublimé, d'alun ou de substances alcalines. Enfin, dan quelques cas, les douches cinabrées ou sulfureuses ont pro curé de notables améliorations.

Le traitement général réclame l'emploi de tous les médi caments qui ont été préconisés contre les affections ner veuses: les préparations avec l'opium, la belladone, le datur stramonium, l'aconit. L'oxyde de zinc, soit comme topique soit pris à l'intérieur, nous a parfois donné d'excellents ré sultats, tandis que, dans d'autres cas, nous avons employ avec succès le nitrate d'argent à l'intérieur à la dose de 5

10 milligrammes chaque jour. Les préparations arsenicales ont produit un effet curatif réel chez quelques sujets, elles agissent alors comme antispasmodiques, et paraissent d'ailleurs avoir sur la peau une action élective.

Les moyens de traitement que nous venons d'indiquer seront souvent insuffisants si, préalablement, on n'a pris le soin de modifier les conditions hygiéniques et de renouveler les habitudes. Parfois même, le changement d'air et de climat deviendra nécessaire, et l'usage des eaux minérales vous offrira une dernière ressource. Les eaux sulfureuses d'Aix et Luchon nous ont été d'un grand secours, mais nous placerons en première ligne, pour les résultats que nous en avons obtenus, les eaux de Louesche : en effet, elles produisent vers la peau une sorte de *poussée* qui se traduit par un érythème papuleux et quelquefois même par de véritables pustules, et nous croyons à l'effet salutaire de cette modification substitutive pour amener une guérison radicale.

CHAPITRE VII.

ACNÉ.

Le mot acné (α privatif κνεω, je démange) se retrouve dans les plus anciens auteurs sans avoir toutefois de signification précise, cependant on l'a surtout appliqué à des éruptions pustuleuses ne causant pas de démangeaisons, et survenant principalement chez les jeunes gens.

En fondant leur classification dermatologique, Willan et Bateman désignèrent sous ce nom une maladie caractérisée par des tubercules susceptibles de blanchir au sommet et de suppurer incomplétement. Plus tard, Biett et MM. Cazenave

et Schedel firent passer cette affection dans la classe des pustules, et comprirent sous la dénomination d'acné, une éruption de pustules variables dans leur volume avec ou sans induration à leur base, mais généralement acuminées et affectant plus particulièrement pour siége le visage et le tronc. Dans son *Traité des dermatoses*, Alibert a placé l'acné, sous le nom de *varus*, dans la classe des dartres; mais pour le dire tout de suite, l'acné diffère des dartres par d'importants caractères: il n'a pas la même tendance à s'étendre et à envahir les diverses parties du corps, et il présente souvent des cicatrices après la disparition de l'éruption.

Les auteurs que nous venons de citer se sont tous renfermés dans une définition trop restreinte, car sous le nom d'acné on comprend des affections qui ne se rattachent ni à la pustule, ni au tubercule, telles que les altérations des follicules, qui se traduisent par un simple suintement ou par une concrétion sébacée, et les dilatations variqueuses des capillaires de la face. Aussi nous donnerons au mot acné une signification plus vaste et purement anatomique, et nous appliquerons ce nom à toutes les maladies susceptibles d'affecter les follicules sébacés. Cependant cette définition est encore en défaut, car on a l'habitude de rattacher à l'acné une variété de la couperose dans laquelle la maladie est caractérisée par une dilatation variqueuse des veinules de la peau du visage. Mais est-ce bien là de l'acné?

En donnant à l'acné une aussi large extension, nous aurons besoin, pour faciliter son étude, d'établir des divisions et de distinguer des variétés. Nous la considérerons donc à part, suivant qu'elle est due à une simple hypersécrétion de la matière sébacée, ou selon qu'elle est le produit d'une inflammation des follicules, que cette inflammation soit ou non accompagnée d'hypertrophie des tissus.

Les variétés dues à une simple hypersécrétion de la matière sébacée nous présenteront des différences assez tranchées pour qu'il nous ait paru nécessaire de déduire, immédiatement après la description de la maladie, les règles de traitement propres à en assurer la guérison. Dans les variétés inflammatoires, au contraire, nous trouverons assez de caractères communs pour ramener sous un même chef les considérations étiologiques et thérapeutiques, et pour nous livrer ensuite à des généralités qui pourront d'ailleurs s'appliquer à toutes les autres variétés d'acné.

§ I. — Espèces d'acné dues à une hypersécrétion de la matière sébacée.

Parmi ces espèces, les unes, telle que l'*acné ponctuée* et l'*acné varioliforme*, donnent lieu à un produit de sécrétion qui reste contenu dans le follicule, tandis que dans les autres, comme dans l'*acné sébacée fluente*, l'*acné sébacée concrète* et l'*acné sébacée cornée*, le produit de sécrétion est épanché à la surface de la peau. Nous étudierons successivement chacune de ses variétés.

1° Acné ponctuée.

L'acné ponctuée (*acne punctata*, *varus comedo*) se présente sous forme de petits points noirs, discrets ou confluents, n'occasionnant jamais la moindre démangeaison et constituant plutôt une difformité qu'une véritable maladie, de telle sorte que les parties de la peau qui en sont le siége, paraissent comme criblées de grains de poudre de chasse; cependant, si l'on examine ces points avec attention, il est facile de s'assurer qu'ils présentent un léger soulèvement à leur base et une ouverture à leur centre, et même si on les presse fortement, on fait sortir par cette ouverture une matière ca-

séeuse, filiforme, blanche ou jaune et dont le sommet est noir: c'est ce que le vulgaire appelle ordinairement les *vers de peau.*

L'idée du parasitisme animal de l'*acne punctata* a passé du domaine public dans celui de la science, et un micrographe distingué, Simon (de Berlin), a décrit un vers qu'il prétend avoir rencontré dans les follicules sébacés. M. Devergie croit avoir retrouvé ce parasite, et donne le conseil, pour faciliter sa recherche, de délayer préalablement la matière sébacée dans l'huile. Nous avons vainement cherché cet animalcule à différentes reprises, mais, en nous livrant à ces recherches, nous n'avons pas été peu surpris de trouver dans les produits de sécrétion du follicule une substance organisée dont il ne nous a pas été possible de déterminer le genre et l'espèce, mais qui nous a paru être un cryptogame.

Les sujets atteints d'acné ponctuée présentent presque tous à la surface de la peau une couche huileuse qui est due à la coïncidence d'une acné sébacée fluente, et qui donne à la partie qui en est le siége un aspect luisant tout particulier. On dit dans le monde que ces gens ont la peau grasse.

L'acné ponctuée siége de préférence à la figure, sur le front et sur les ailes du nez, quelquefois sur l'oreille; on la rencontre souvent sur le tronc, plus rarement sur les membres; enfin on la trouve parfois sur la verge. Sa marche, ordinairement très chronique, peut même se prolonger pendant toute la vie; cependant on voit quelquefois les points noirs disparaître spontanément. Dans ces cas, la matière sébacée s'élimine et cesse de se reproduire, tandis que d'autres fois ce résultat n'est obtenu qu'après l'inflammation et la suppuration du follicule.

Le diagnostic de l'acné ponctuée est facile à porter, et re-

pose sur l'aspect pointillé du follicule et sur la possibilité de faire sortir la matière sébacée sous forme de ver.

Le pronostic n'offre aucune gravité ; cependant, quand les points noirs sont très confluents et qu'ils se rencontrent chez les femmes et surtout chez les jeunes filles, cette affection constitue alors une difformité réelle assez désagréable.

Les causes de cette acné sont inconnues, cependant elle paraît tenir à une disposition particulière de l'enveloppe cutanée; aussi on la rencontre de préférence chez des sujets dont la peau épaisse, incessamment lubrifiée par un enduit gras et onctueux, présente des follicules sébacés plus développés.

Quant l'acné est peu répandue, c'est à peine si elle mérite un traitement; mais quand elle est confluente, elle nécessite l'intervention de l'art, et nous pouvons même dire qu'elle est alors très souvent rebelle à tous les moyens thérapeutiques. Ceux qui paraissent avoir donné les résultats les plus favorables consistent dans des lotions excitantes faites avec de l'eau alcoolisée ou ammoniacale. De cette façon on réveille la contractilité du follicule, qui, en se resserrant, expulse la matière sébacée. C'est pour obtenir ce but qu'on a encore employé les douches de vapeur simples ou sulfureuses, les pommades excitantes ayant pour base l'iodure de soufre ou les préparations mercurielles. Le moyen qui nous a réussi le plus souvent consiste à presser sur la base du follicule pour en faire sortir la matière sébacée, et à lotionner ensuite les parties malades avec de l'eau chaude additionnée de sublimé; mais ce moyen n'est applicable que quand il y a peu de follicules malades. Quand l'acné est très confluente, il est préférable d'employer les pommades, surtout celles qui ont l'iodure de mercure pour base. C'est dans des cas analogues que nous avons eu souvent à nous louer de l'usage des astrin-

sur les parties latérales du cou, par exemple, sur les seins, sur les membres et sur les parties génitales.

L'acné varioliforme suit une marche essentiellement chronique et chez certains sujets elle persiste toute la vie, cependant elle peut se terminer spontanément. Quelquefois en effet la matière sébacée s'élimine seule, cesse de se reproduire et la tumeur disparaît; d'autres fois une inflammation légère s'empare du follicule, la matière sébacée se sèche et la tumeur disparaît sans laisser de traces, tandis que dans d'autres cas la suppuration s'empare du follicule qui est détruit et remplacé par une véritable cicatrice; enfin on a vu parfois la gangrène frapper ces petites tumeurs, leur sommet devient alors d'un gris brunâtre, elles tombent au bout de quelques jours et laissent à découvert une ulcération qui ne tarde pas à se cicatriser.

Le *diagnostic* de cette affection est facile à établir : en effet, la marche chronique de ces petites tumeurs, leur indolence, la présence au centre ou sur un des côtés d'un ombilic par lequel s'échappe la matière sébacée quand on presse la base du follicule, tous ces caractères établissent entre elles et les autres élevures qu'on trouve à la surface de la peau des différences essentielles. Leur diagnostic pourrait peut-être offrir un peu plus de difficulté quand elles siégent aux parties génitales, mais la présence d'un petit ombilic à leur centre les fera toujours distinguer des tubercules syphilitiques.

Le *pronostic* n'offre aucune gravité, et la guérison peut toujours s'obtenir à l'aide d'un traitement bien combiné.

Étiologie.— L'acné varioliforme s'observe principalement chez les enfants et chez les jeunes sujets ; rare chez les vieillards, il paraît aussi fréquent chez les femmes que chez les hommes. La seule cause accidentelle évidente pour nous, c'est la contagion.

Bateman avait décrit deux espèces de *molluscum*, et son *molluscum contagiosum* est l'affection que nous désignons aujourd'hui sous le nom d'acné varioliforme; cependant tous les pathologistes mettaient en doute cette contagion quand M. Caillaux vint rappeler de nouveau l'attention sur cette faculté contagieuse; ayant eu l'occasion d'observer à l'hôpital des Enfants deux ou trois petits malades atteints de cette affection, il remarqua au bout de quelques semaines que de lit en lit l'éruption s'était étendue à une trentaine de sujets.

Malgré ces faits, avec tous les médecins, nous hésitions à croire aux propriétés contagieuses de cette maladie, quand un fait que nous observâmes l'année dernière vint fortement ébranler notre opinion : nous eûmes l'occasion d'observer une nourrice qui portait sur un sein quatre ou cinq tumeurs d'acné varioliforme, et l'enfant qu'elle allaitait présentait des tumeurs analogues dans les points du visage qui se trouvaient en rapport avec le sein malade. Maintenant encore, nous avons depuis deux mois dans nos salles une malade atteinte d'acné varioliforme très confluente, et depuis six semaines une des infirmières a présenté quelques tumeurs semblables qui ont débuté par le dos de la main et qui aujourd'hui sont disséminées sur le reste du corps, tandis qu'une autre fille de service qui avait des rapports moins fréquents avec cette petite malade, mais qui avait l'habitude de se faire peigner par elle, a présenté des élevures pareilles disséminées à la nuque et sur le cou.

Nous pouvons du reste nous expliquer facilement ce mode de contagion à l'aide des spores du cryptogame que nous avons découvert dans cette affection, et nous aurions pu même à ce titre ranger l'acné varioliforme dans la classe des maladies parasitaires; si nous ne l'avons pas fait, c'est unique-

ment pour ne pas scinder la description des affections des follicules sébacés.

Traitement. — Le traitement de l'acné varioliforme doit être préventif d'abord, et pour cela il faut chercher à isoler les malades qui en sont atteints, et principalement quand ce sont des enfants; c'est, en effet, dans le jeune âge que la contagion paraît avoir le plus d'activité.

Si les tumeurs sont rares et disséminées, le traitement le plus simple consiste à inciser le sommet de chacune d'elles avec la pointe d'une lancette, et à exercer une certaine pression pour en faire sortir le follicule en entier; il est rare de voir la tumeur se reproduire après cette petite opération. Cependant on conçoit que ce traitement, purement chirurgical, ne pourrait être mis en œuvre quand les tumeurs sont confluentes et répandues sur une grande partie du corps. On peut alors recourir avec succès à l'emploi de lotions excitantes ou astringentes. L'alcoolat de mélisse ou de lavande, les solutions concentrées d'alun, réveillent la contractilité du follicule et lui donnent une énergie plus grande pour expulser la matiere sébacée. On obtient le même résultat en badigeonnant les parties malades avec la teinture d'iode.

M. Cazenave conseille l'usage des lotions ammoniacales, et M. Bazin l'emploi des lotions alcalines. Enfin, on a encore préconisé les lotions avec l'huile de cade ou les frictions avec des pommades irritantes, celles qui ont pour base l'iodure de soufre ou les sels mercuriels. Nous avons souvent employé avec succès ces derniers agents médicamenteux; par eux on obtient facilement l'inflammation du follicule et une suppuration qui entraîne à sa suite la guérison de la tumeur. Chez la malade que nous avons en ce moment dans nos salles, nous employons une pommade au protoiodure de mercure à faible dose (*axonge*, 30 *grammes; protoiodure d'hydrargyre*,

1 *gramme*); aussi nous n'obtenons pas de suppuration, mais sous l'influence de ce traitement les tumeurs rougissent, s'affaissent, et, en résumé, si la guérison n'est pas encore complète, les résultats sont du moins fort encourageants.

3° Acné sébacée fluente.

Cette variété d'acné est caractérisée par une hypersécrétion de la matière sébacée qui s'épanche au dehors et forme une couche luisante à la surface de la peau; en même temps la coloration de ce dernier organe est plus vive, son épaisseur paraît augmenter et les orifices béants des follicules permettent assez souvent d'apercevoir à l'ouverture une gouttelette huileuse. Cette sécrétion, du reste, ne s'accompagne ni de cuisson, ni de démangeaison; ordinairement elle est assez active, car si l'on essuie la partie qui en est le siége, peu de temps après elle redevient luisante par le dépôt d'une nouvelle couche sébacée.

L'acné sébacée fluente siége ordinairement au visage; quelquefois elle est bornée au front ou aux ailes du nez, et toujours dans ces points elle présente une intensité plus grande; on peut cependant la rencontrer partout ailleurs, sur le tronc, sur les membres ou sur le cuir chevelu, et on l'a même vue envahir le corps entier. Chez quelques malades elle existe seule, mais habituellement elle accompagne les autres variétés d'acné, l'acné ponctuée, l'acné simple ou indurée.

Chez certains sujets, l'acné sébacée fluente est pour ainsi dire congénitale et paraît liée à un état particulier de la peau, chez d'autres elle survient accidentellement, elle présente alors assez souvent une marche chronique et se prolonge ordinairement pendant longtemps.

Le *diagnostic* de cette affection est facile. En effet, il n'y aura pas lieu de confondre cette couche grasse répandue à la surface de la peau avec la sécrétion de la sueur, qui est plus séreuse, plus aqueuse, et qui n'offre jamais ce caractère huileux qu'on rencontre dans l'acné.

Nous n'insisterons pas davantage sur le diagnostic différentiel à établir entre l'acné sébacée fluente et l'eczéma : en effet, dans cette dernière affection, la peau présente une rougeur ponctuée, une desquamation spéciale, et la sécrétion plastique tendant à se concréter ne ressemble en rien à la matière sébacée.

Le *pronostic* n'offre aucune gravité, si l'on considère l'influence que cette affection peut avoir sur la santé générale; mais il est plus sérieux, si l'on examine les chances de guérison, les ressources de la thérapeutique étant presque toujours incertaines et la maladie résistant souvent avec opiniâtreté aux médications les plus diverses.

L'*étiologie* de cette affection est assez obscure; nous savons seulement qu'on l'observe surtout chez des sujets d'un tempérament lymphatique ou lymphatico-bilieux, et qui présentent déjà de l'acné ponctuée. Également fréquente dans les deux sexes, les jeunes sujets y sont plus exposés que les enfants et les vieillards. Nous ajouterons qu'une disposition particulière de la peau, dont l'épaisseur est augmentée et dont les follicules sont développés et entr'ouverts, paraît certainement prédisposer à l'hypersécrétion de l'humeur sébacée.

Le *traitement* consiste surtout dans l'emploi des médicaments astringents : ainsi, les sels de plomb, l'alun, le tannin, soit en solutions, soit incorporés à l'axonge, les pommades avec les sels de fer et surtout avec le peroxyde, suffiront quelquefois à produire la guérison. Toutefois, si ces moyens sont insuffisants, il faut recourir aux agents substitutifs et

déterminer dans la peau une inflammation assez vive pour modifier complétement la structure des glandes; on emploie les préparations sulfureuses, les pommades à base de sels de mercure, et surtout le protoiodure, le biiodure, l'iodure de chlorure mercureux, à doses tantôt faibles et tantôt plus fortes.

Souvent, il est vrai, tous ces moyens thérapeutiques ne donnent qu'un soulagement momentané et l'affection récidive sitôt qu'on cesse leur emploi. Dans certains cas, on a été plus heureux en dirigeant des douches de vapeur d'eau sur les parties malades. Les douches d'eaux sulfureuses, les eaux de Luchon, celles d'Uriage, ont donné quelquefois d'excellents résultats; mais en première ligne nous placerons les eaux de Louesche qui, comme nous l'avons déjà dit, ont pour propriété principale de déterminer à la peau une poussée érythémateuse qui agit dans le même sens que les préparations substitutives.

4° Acné sébacée concrète.

Dans cette variété d'acné, la matière sébacée est versée à la surface de la peau comme dans la variété précédente, mais, au lieu de s'y répandre sous forme de couche liquide et huileuse, elle s'y concrète en plaques solides dont l'étendue et la coloration sont très variables. En effet, tandis que quelques-unes de ces croûtes présentent une étendue qui ne dépasse pas 1 ou 2 centimètres, on en voit d'autres qui couvrent toute une région.

La coloration de ces taches n'est pas moins variable; ordinairement jaunâtre, elle peut être grise ou brune, quelquefois même noire, la peau offrant alors un aspect de nigritie partielle. Si l'on gratte ces croûtes avec l'extrémité de l'ongle, on parvient assez facilement à les détacher, et l'on obtient

une matière molle, ciriforme, susceptible de se malaxer, et qui n'est qu'un mélange de matière sébacée et de cellules épidermiques. Nous insistons avec raison sur la facilité avec laquelle on peut pétrir ces croûtes, car c'est un caractère qu'on ne trouve ni dans les croûtes de l'ecthyma, ni dans celles de l'impétigo.

Dans cette affection la peau ne présente jamais la moindre apparence d'ulcération, sa coloration paraît seulement augmentée, et les orifices des follicules sébacés sont entr'ouverts et élargis, de manière à permettre d'apercevoir la face interne de leur cavité; cette disposition se rencontre surtout lorsque les produits de sécrétion les plus récents, ayant déjà contracté des adhérences avec les produits plus anciens versés à la surface de la peau, sont enlevés avec ces derniers.

Cette variété d'acné siége le plus ordinairement à la figure, et son étendue y est quelquefois telle qu'elle forme un véritable masque; le plus souvent, toutefois, elle occupe un siége limité, le front ou les ailes du nez. Du reste, on peut la rencontrer partout ailleurs, sur le tronc, sur les membres, sur les mains; nous en avons même observé dans la paume de la main, et c'est un fait qui mérite notre attention; en effet, les anatomistes n'ont pas trouvé de follicules sébacés dans cette région, et pourtant l'existence de cette variété d'acné implique nécessairement celle des glandes sébacées. Peut-être serait-il plus vrai d'admettre pour cette région, que chez certains sujets les follicules sébacés peuvent manquer, que chez d'autres ils sont moins développés que partout ailleurs, mais qu'en certain cas leur sécrétion peut être activée de manière à constituer un véritable état pathologique.

L'acné sébacée concrète se manifeste encore assez fréquemment au cuir chevelu, où elle se présente sous forme de plaques grisâtres qui agglutinent les cheveux. Il est probable

que dans la plique polonaise, affection dans laquelle les cheveux baignés d'une sécrétion visqueuse forment un mélange inextricable, l'altération des follicules sébacés constitue un des principaux éléments de la maladie.

L'acné sébacée concrète est rarement accompagnée de cuisson et de démangeaison, quelquefois cependant, quand on détache les plaques, il se produit une douleur assez vive. Nous rappellerons même ici l'observation d'une jeune malade que nous avons soignée il y a quelques années, et qui souffrait tellement après l'enlèvement des croûtes qu'elle a préféré quitter l'hôpital plutôt que de se soumettre à une nouvelle ablation de la croûte, ablation qui était nécessaire pour l'application des moyens thérapeutiques. C'est dans ces cas surtout que la guérison est difficile, que la maladie prend une marche chronique, et qu'on la voit se perpétuer pendant des mois et pendant des années.

Le *diagnostic* de cette affection est assez facile, si l'on se rappelle que son caractère principal est de présenter des croûtes molles, ciriformes, peu adhérentes à la peau et faciles à détacher. Toutefois, il n'est pas rare de voir méconnaître sa véritable nature. C'est ainsi que chez un malade que nous avons observé récemmnent, et qui nous avait présenté une coloration noire des plaques très prononcée, on avait diagnostiqué une pellagre.

Plus souvent cette sécrétion concrète a été prise pour un cancroïde de la peau, pour un *noli me tangere*, et nous avons vu parfois appliquer, pour la détruire, des caustiques assez énergiques.

Enfin cette acné se différencie de l'eczéma et de l'impétigo par d'importants caractères : elle n'est pas, comme ces dernières affections, précédée d'une sécrétion séreuse ou séro-purulente, elle n'est jamais accompagnée d'ulcération, et son

produit de sécrétion mollasse, ciriforme, onctueux, peut se malaxer facilement et se pétrir en petites boules, résultat qu'il est impossible d'obtenir avec les croûtes d'impétigo.

Relativement au *pronostic*, il en est de l'acné concrète comme de l'acné fluente : elle ne porte aucune atteinte à la santé générale, mais sa marche est chronique et sa guérison difficile.

Étiologie. — A l'inverse de l'acné sébacée fluente, c'est surtout dans la vieillesse que cette affection se rencontre. Ainsi il n'est pas rare d'observer chez les vieillards des taches grisâtres, sèches, adhérant fortement à la peau et envoyant même dans les follicules des prolongements qui ressemblent à des racines. L'âge adulte, la jeunesse, l'enfance, quoique moins exposés à cette affection, n'en sont cependant pas à l'abri ; du reste, elle existe rarement seule et presque toujours elle n'est qu'une complication des autres variétés d'acné.

Le *traitement* de l'acné sébacée concrète repose sur les même indications que celui de l'acné sébacée fluente. Cependant, avant d'appliquer les agents thérapeutiques, il faut commencer par faire disparaître les taches et les enlever au moyen de lotions savonneuses. On pratique ensuite des lotions astringentes et des onctions avec des pommades de même nature. La pommade au peroxyde de fer est celle qui nous a donné les meilleurs résultats. Enfin, comme dernière ressource, on peut employer les agents modificateurs de la peau, et, en particulier, les pommades mercurielles, les douches de vapeurs, les eaux sulfureuses et les eaux de Louesche.

5° Acné sébacée cornée.

Cette variété d'acné est moins connue encore que la précédente. Décrite pour la première fois il y a quelques années

par M. Cazenave, son histoire n'est cependant pas encore à l'abri de toute obscurité.

Cette affection se présente sous forme de saillies jaunâtres, grises ou noires, acuminées, et donnant au toucher la sensation d'une râpe ou d'une brosse; en pressant à la base de ces petites tumeurs, on les fait saillir davantage, parfois même on les expulse, et l'orifice béant du follicule sébacé montre assez quel a été leur mode de production et à quel endroit elles étaient implantées.

On rencontre indifféremment cette altération des follicules sur toutes les régions du corps, sur le front, sur le nez, sur le tronc ou sur les membres, et ces petites tumeurs, tantôt réunies en groupes ou tantôt disséminées, n'occasionnent jamais ni cuisson ni démangeaison, et constituent plutôt une infirmité qu'une véritable maladie. Leur marche est, en outre, excessivement chronique, et la sécrétion cornée peut persister des mois et des années, si un traitement convenable ne vient la modifier.

Le *diagnostic* de cette affection est assez facile. Cependant on pourrait la confondre avec le *pityriasis pilaris* et avec une variété de scrofulide que nous avons décrite sous le nom de *scrofulide cornée*.

Le pityriasis pilaris est caractérisé par une hypertrophie des follicules pileux qui font saillie comme dans la chair de poule. Ces saillies sont toujours traversées par un poil et recouvertes d'une squame sèche, adhérente, mais qu'on parvient cependant à détacher. Ces caractères, comme on le voit, diffèrent assez de ceux que nous avons assignés à l'acné sébacée cornée; mais le diagnostic sera encore rendu plus facile par la présence d'un *psoriasis palmaria* et *plantaria*, affections que jusqu'ici M. Devergie et moi avons vues constamment accompagner le *pityriasis pilaris*.

Il est une affection plus rare dont il ne nous a été donné jusqu'ici d'observer qu'un seul exemple, mais que M. Cazenave a rencontrée plusieurs fois, et qu'il a confondue à tort avec l'acné sébacée cornée. Dans cette affection, la peau est hérissée de surfaces inégales et rugueuses, en forme de pointes comme dans l'acné cornée; mais, au lieu d'avoir sa coloration normale, la surface tégumentaire présente une coloration violacée et forme une saillie légère qui plus tard est remplacée par un travail atrophique, auquel succède une véritable cicatrice. D'après M. Cazenave, cette affection ne serait qu'une variété d'acné dans laquelle la matière cornée aurait déterminé par une véritable pression mécanique une atrophie de la peau; mais nous ferons observer que les follicules font saillie au dehors, et conséquemment n'exercent aucune pression sur le tissu cutané, que cette affection a toujours été observée chez des sujets scrofuleux ou lymphatiques, et qu'il est beaucoup plus simple d'admettre que c'est une des variétés de la scrofule. Pour nous, c'est donc une *scrofulide érythémateuse* venant compliquer l'acné sébacée cornée et parcourant toutes ses phases d'évolution indépendamment de l'affection première.

Le *pronostic* de l'acné sébacée cornée n'offre aucune gravité.

Le *traitement* exige au début l'emploi des préparations émollientes, cataplasmes ou bains généraux, après quoi l'on recourt aux préparations substitutives. On détermine de cette façon dans les parois des follicules un certain degré d'excitation, parfois même une véritable inflammation, à la suite de laquelle ils reviennent à l'état normal. Les moyens locaux seuls peuvent produire la guérison, et le traitement général ne joue qu'un rôle accessoire; toutefois, s'il y avait complication d'état lymphatique, on pourrait conseiller avec succès

l'usage des sulfureux et des autres préparations qu'on emploie avec avantage dans la scrofule.

En terminant l'histoire de cette variété d'acné, nous vous rappellerons que vous avez pu récemment vérifier l'exactitude de notre description, sur une jeune fille de quinze ans entrée dans nos salles pour s'y faire traiter de cette affection. Elle portait depuis quelques semaines, aux fesses et sur les deux épaules, de petites saillies jaunâtres, légèrement acuminées, d'un volume variable entre celui d'un grain de millet et celui d'une grosse tête d'épingle, et donnant au toucher un aspect râpeux et corné. Nous lui avons administré d'abord quelques bains simples, après quoi nous avons fait pratiquer matin et soir des frictions avec une pommade légère au biiodure d'hydrargyre (*axonge*, 30 *grammes*, *biiodure*, 0gr,25). Sous l'influence de ce traitement, la peau a pris une teinte plus rouge, les follicules se sont vidés, et la malade a pu sortir parfaitement guérie après un mois de séjour à l'hôpital.

§ II.—Espèces d'acné dues à une inflammation des follicules.

Nous étudierons sous ce titre l'*acné simple* et l'*acné indurée* ou *tuberculeuse*, et comme ces deux variétés entraînent quelquefois à leur suite la dilatation des capillaires ou l'hypertrophie des tissus sous-jacents, nous rangerons sous le même chef l'*acné rosacée* et l'*acné hypertrophique*.

1° Acné simple.

L'*acné simple* (*acne simplex*) se présente à l'état le plus rudimentaire sous forme de petites pustules ayant à peine le volume d'une tête d'épingle et entourées à leur base d'une

3° Acné rosacée.

L'acné rosacée (*acne rosacea*), qu'on a encore désignée sous les noms de *couperose*, d'*acné érythémateuse*, est caractérisée par des taches d'une étendue variable et dont la coloration rouge ou violacée présente presque toujours un aspect marbré. Les parties malades présentent, en outre, à leur surface, dans la plupart des cas, tantôt une desquamation épidermique, tantôt une éruption de pustules d'*acne simplex*.

Cette dernière coïncidence est même assez fréquente pour que les médecins de l'école de Willan aient cru devoir ranger cette maladie dans les affections pustuleuses; mais s'il arrive parfois que les taches rouges ou violettes qui remplacent les pustules d'*acne simplex*, persistent et s'agrandissent au point de former de véritables plaques d'acné rosacée, dans d'autres cas la maladie débute différemment : les plaques rouges se produisent insensiblement, augmentent peu à peu d'étendue, et peuvent même s'accompagner de dilatations vasculaires, véritables varices des vaisseaux capillaires superficiels. Du reste, cette hypertrophie vasculaire existe dans presque tous les cas, mais à un degré fort variable, et cette coïncidence presque constante a même porté quelques médecins à regarder l'altération vasculaire comme le point de départ de l'affection.

L'acné rosacée siége exclusivement à la figure. Bornée au nez dans quelques cas, elle peut affecter isolément le front, le menton, les joues; mais il n'est pas rare de la voir envahir le visage entier. C'est surtout lorsque son étendue est considérable, qu'elle se complique d'éruptions pustuleuses ou d'arborisations vasculaires du tissu cutané. Jamais dans ce cas cependant les parties n'augmentent de volume, et le tissu cellulaire ne prend part au gonflement.

Cette affection a une tendance extrême à suivre une marche chronique, et sa durée est souvent fort longue, quelquefois pourtant elle disparaît spontanément. Son seul inconvénient est d'être une cause de difformité, mais chez quelques sujets les plaques rouges sont le siége d'une légère sensation de chaleur, et parfois même d'une véritable cuisson.

4° Acné hypertrophique.

Les diverses variétés d'acné que nous venons d'étudier déterminent à la peau, chez certains sujets, par suite des fluxions sanguines qu'elles occasionnent, un accroissement qui devient surtout manifeste en certaines régions; il en résulte une nouvelle affection que nous avons désignée sous le nom d'*acné hypertrophique*.

Le caractère de cette affection, c'est de présenter des tumeurs rouges ou violacées, surmontant une peau épaissie, rugueuse, inégale, et accompagnées d'une acné sébacée fluente qui donne à toutes ces parties un aspect luisant et onctueux. Ces tumeurs présentent, du reste, un volume fort variable; souvent sessiles et quelquefois pédiculées, irrégulièrement disséminées ou réunies en groupes, de manière à couvrir toute une région, elles peuvent ne pas dépasser la grosseur d'une noisette, comme elles peuvent acquérir un volume double de celui du nez. C'est, en effet, le nez qui est leur siége de prédilection, et là, tantôt elles s'y développent d'une manière inégale et lui donnent un aspect *bourgeonnant*, tantôt elles l'hypertrophient régulièrement dans toute son étendue en ne faisant qu'augmenter son volume. Les autres parties du visage ne sont cependant pas à l'abri de cette affection, ainsi on la rencontre quelquefois sur les joues et plus rarement sur le front.

Du reste, à part les difformités qu'occasionne l'acné hypertrophique et sa tendance extrême à passer à la chronicité, nous ne pouvons que répéter ici ce que nous avons dit des autres variétés d'acné, c'est qu'elles ne déterminent aucun phénomène général et qu'on pourrait les prendre comme type des maladies cutanées locales.

Marche. — La marche de l'acné est intéressante à étudier. En effet, elle se compose d'une série de phénomènes aigus qui, se produisant successivement, donnent à la maladie un caractère chronique. Ainsi les pustules parcourent leur période d'évolution en quatre ou cinq jours, les tubercules en demandent de huit à quinze pour arriver à terminaison, de telle sorte que chacune de ces lésions élémentaires suit une marche aiguë, mais à peine une éruption a-t-elle disparu qu'il survient une poussée nouvelle, et, en définitive, la maladie a ordinairement une durée fort longue.

La marche de la maladie est donc essentiellement chronique, et à côté de cicatrices anciennes on voit s'élever des tumeurs de nouvelle formation. C'est même à la suite de plusieurs éruptions successives que la peau et le tissu cellulaire sous-cutané s'hypertrophient, et que les dilatations vasculaires apparaissent.

Dans certains cas cependant, il s'établit une rémission dans les symptômes, et la maladie est susceptible de se terminer spontanément. C'est ainsi que l'*acne juvenilis* n'a généralement qu'une durée éphémère et disparaît sans aucun traitement. Mais au fur et à mesure qu'on avance en âge, l'acné est plus tenace et sa disparition spontanée est plus rare; généralement, cependant, elle guérit à l'approche de la vieillesse, à moins toutefois qu'elle ne soit compliquée d'hypertrophie des tissus ou de dilatation vasculaire.

Du reste, l'acné est une affection très sujette à récidive, et il est facile de le comprendre, en considérant l'opiniâtreté avec laquelle elle résiste à tous les moyens thérapeutiques.

Diagnostic. — Le diagnostic de l'acné est généralement facile à porter; les affections avec lesquelles on pourrait la confondre et dont nous chercherons à la distinguer, sont : l'ecthyma, l'impétigo, l'eczéma, le pityriasis, la syphilide pustuleuse acnéiforme et les tubercules syphilitiques.

L'*ecthyma* diffère de l'acné par d'importants caractères : en effet, au lieu d'être petites et acuminées, ses pustules sont larges et aplaties, entourées d'une auréole rose, et jamais elles ne présentent à leur base cet engorgement qui existe presque constamment dans l'acné.

L'*impétigo* est caractérisé par des pustules qui ne reposent jamais sur une base indurée et qui, loin d'être isolées et indépendantes comme dans l'acné, se réunissent en groupes de manière à se confondre; en outre, il se produit après la rupture de la pustule un suintement et des croûtes jaunâtres, épaisses, qui n'existent jamais dans les affections des follicules sébacés.

L'*eczéma* et l'*acne rosacea* pourront quelquefois donner lieu à des difficultés de diagnostic; dans ces deux affections, en effet, il y a de la rougeur et de la desquamation, mais tandis que ce dernier caractère est très peu marqué dans l'acné, il est très apparent dans l'eczéma; l'affection dartreuse est, en outre, le siége d'une sécrétion séreuse qui manque toujours dans l'acné; enfin l'eczéma peut se rencontrer sur tous les points du corps, tandis que l'acné rosacée siége exclusivement au visage.

Le *pityriasis* n'est pour nous qu'une des périodes de l'eczéma; quand il siége à la face, on pourra donc le prendre

quelquefois pour une acné rosacée; mais, outre que la marche des deux affections n'est pas la même, on ne trouve pas dans le pityriasis cette teinte violacée des téguments et cette dilatation vasculaire qui accompagnent si fréquemment l'acné.

De toutes les affections susceptibles d'être confondues avec l'acné, les *affections syphilitiques* sont celles qui présentent le plus de difficultés dans le diagnostic.

Dans la *syphilide pustuleuse acnéiforme*, il existe des pustules avec engorgement à la base et coloration violacée des tissus, de telle sorte que ces caractères lui sont communs avec l'acné simple et l'acné indurée. Il faut alors, pour fixer le diagnostic, examiner le siége de l'éruption : en effet, tandis que l'affection syphilitique occupe surtout les membres supérieurs ou inférieurs, l'acné affecte pour la tête et pour le tronc une sorte de prédilection. Si, malgré cela, l'embarras persistait, il faudrait, pour reconnaître la cause spécifique, interroger le malade et aller à la recherche d'autres accidents syphilitiques concomitants qui font rarement défaut.

Les *tubercules syphilitiques* pourront quelquefois être pris pour de l'acné indurée, mais, outre la tendance extrême qu'ils ont à s'ulcérer et la différence de siége, on observe presque toujours alors des phénomènes concomitants qui mettent aisément sur la voie du diagnostic.

D'une manière générale nous pouvons dire, pour nous résumer, que le diagnostic de l'acné sera rendu d'une facilité extrême par la considération du siége de l'éruption. Il ne faut jamais oublier que l'acné siége presque exclusivement sur le tronc et sur la figure, qu'elle existe quelquefois sur les épaules et sur les cuisses, mais qu'elle est extrêmement rare sur les jambes et sur les avant-bras.

Pronostic. — L'acné est une maladie cutanée accidentelle, et qui jamais ne produit aucun trouble dans la santé générale; cependant, si l'on considère qu'elle siége de préférence à la figure où elle est une cause puissante de difformité, surtout chez les femmes, et qu'elle offre une grande ténacité aux moyens qu'on emploie pour la combattre, on concevra l'affliction qu'éprouvent les personnes qui en sont atteintes et le violent désir qu'elles ont de s'en débarrasser.

Étiologie. — Les causes de l'acné sont intéressantes à étudier, et elles vont être pour nous le sujet de considérations importantes, qui peuvent d'ailleurs s'appliquer, pour la plupart, à toutes les variétés de cette affection.

Il est manifeste pour nous que certains sujets sont naturellement prédisposés à toutes les affections des follicules sébacés. Chez eux, les orifices des follicules sont élargis et entr'ouverts, et la peau épaissie est incessamment lubréfiée par une sécrétion continuelle qui se rapproche de celle qu'on observe dans l'acné sébacée fluente. La plupart des malades présentent, en outre, presque tous les attributs du tempérament lymphatique. Est-ce un motif suffisant pour admettre avec M. Bazin que l'acné est toujours d'origine scrofuleuse? Nous ne le pensons pas, car on peut avoir un tempérament lymphatique sans être atteint de scrofule, et d'ailleurs, si l'acné se montre de préférence chez les sujets lymphatiques, on la voit quelquefois s'implanter sur les meilleures constitutions.

Tous les âges sont exposés aux affections des follicules sébacés, cependant les enfants y sont moins sujets, et chez eux l'acné prend surtout la forme d'acné sébacée fluente, d'acné concrète ou d'acné cornée; l'acné inflammatoire paraît être le privilége de l'adolescence, l'âge mûr présente

l'acné indurée et l'acné rosacée, tandis que la vieillesse favo rise la production de l'acné hypertrophique et même de l'acn sébacée concrète.

Il est difficile de savoir si l'acné est plus fréquente che l'homme que chez la femme; il faudrait, pour résoudre cett question, un nombre de faits plus considérable que celu que nous possédons. Cependant, s'il nous paraît que certaine espèces d'acné se développent également dans les deux sexes nous croyons que l'acné rosacée est plus fréquente chez l femme, tandis que l'acné hypertrophique semble l'apanag exclusif du sexe masculin.

A l'étiologie de l'acné se rattache une question qui a ét résolue différemment par la plupart des médecins, celle d savoir si cette affection est idiopathique ou si elle est con stamment liée à une lésion fonctionnelle ou organique. Sui vant quelques pathologistes, l'acné simple, l'acné indurée e l'acné rosacée sont toujours sous la dépendance de trouble gastro-intestinaux chez l'homme, et sont souvent liées à u dérangement de la menstruation chez la femme. Nous avon cherché à élucider cette question en interrogeant avec soi tous les malades sur leur santé habituelle, et nous devor dire que, dans la plupart de nos observations, les fonctior menstruelles s'exécutaient avec une régularité parfaite, que l'état des digestions ne laissait rien à désirer. Il est fa cile de s'expliquer l'erreur où sont tombés les médecins q professent une opinion contraire, par cette seule considér tion de la fréquence des troubles menstruels et des dérang ments digestifs, mais si, au lieu d'une simple coïncidenc il y avait là une relation de cause à effet, la maladie devra disparaître avec la cause qui lui a donné naissance; or, ceci suffit pour montrer que cette assertion est erronée, l rétablissement de la menstruation et le retour des digestion

faciles n'apportent aucune modification dans la marche de l'acné et ne diminuent en rien son intensité.

Les troubles de la circulation exercent sur la production de l'acné une influence qui n'a pas été remarquée par la plupart des auteurs, mais qui nous paraît beaucoup plus réelle et beaucoup plus efficace que les causes précédentes. En effet, il est très commun d'observer une recrudescence dans les éruptions d'acné chaque fois qu'on abuse des excitants du système circulatoire; ainsi l'alcool et le café pris en excès déterminent une congestion sanguine vers la tête, et par suite un redoublement dans l'intensité de l'affection. Les femmes couperosées accusent souvent des bouffées de chaleur à la face et éprouvent un froid aux pieds presque continuel, ce qui semble indiquer que le sang abandonne les extrémités pour se porter vers les parties supérieures du corps.

Les liqueurs fortes sont accusées par quelques médecins, et surtout par le public, d'être une cause puissante de production d'acné. Sans mériter tous les reproches que l'on fait peser sur elles, il faut avouer cependant qu'elles exercent une influence incontestable par suite de l'impulsion qu'elles impriment au mouvement circulatoire; et sans accuser d'excès alcooliques tous les malades, il nous paraît cependant certain que l'acné hypertrophique, qui détermine un bourgeonnement du nez si caractéristique, se rencontre plus particulièrement chez les ivrognes. Du reste, on conçoit facilement que les congestions répétées vers la tête entraînent à la longue des dilatations vasculaires qui ne peuvent plus s'effacer, et il est impossible de ne pas reconnaître que l'abus des liqueurs fortes entretient et exaspère la maladie lorsqu'elle est déclarée.

La continence a été signalée comme une cause active du

développement de l'acné. Cette influence de la fonction spermatique sur les affections des follicules sébacés ne nous paraît pas dénuée de tout fondement. En effet, il est digne de remarque que l'*acne juvenilis* se rencontre surtout chez les jeunes gens de quinze à dix-huit ans, alors que la discipline des écoles met un frein à leurs passions, et si cette affection disparaît quand ils sont livrés à eux-mêmes, elle persiste beaucoup plus longtemps chez ceux qui continuent à être retenus, par exemple chez les jeunes gens qui se destinent à l'état ecclésiastique.

Quelle conclusion pouvons-nous tirer des faits que nous avons passés en revue et des opinions que nous avons discutées? C'est que l'acné, loin d'être une maladie générale et diathésique, constamment liée à un trouble de l'économie, est une affection locale et accidentelle, et qui paraît dépendre d'un vice particulier des follicules sébacés. Nous ajouterons que toutes les causes qui amènent une congestion sanguine vers la face nous ont paru avoir une influence réelle sur le développement de cette maladie.

Traitement. — Depuis quelques années le traitement de l'acné a fait de grands progrès. En effet, si l'on consulte les travaux sur les maladies cutanées de MM. Rayer, Gibert, Cazenave et Schedel, Devergie, on voit que les moyens thérapeutiques qu'ils employaient contre l'acné se réduisent à de simples règles hygiéniques : régime doux et modéré, abstention des alcooliques et de toutes sortes d'excitants, rétablissement de la menstruation et des fonctions digestives; ces moyens constituaient tout le traitement, et l'affection suivait fort tranquillement sa marche.

Aujourd'hui, grâce à l'idée que nous avons eue de considérer l'acné comme une affection locale, nous pouvons espérer,

dans le plus grand nombre des cas, une guérison radicale, en employant les préparations substitutives, comme nous le faisons chaque jour avec succès.

C'est par l'emploi de pommades irritantes que certains empiriques ont acquis une certaine réputation dans le traitement de cette affection, mais aucune de ces préparations ne possède de spécificité contre l'acné. Il en est de même de l'iodure de chlorure mercureux, qui, d'après M. Rochard, exerce sur les follicules une sorte d'action élective ; en effet, nous obtenons les mêmes résultats avec les autres préparations d'iodure de mercure, et dans tous les cas, nous pouvons parfaitement nous expliquer leur action thérapeutique, par l'irritation qu'elles déterminent à la peau et qui précède toujours l'amélioration : c'est là ce qui constitue une véritable médication substitutive. En effet, une affection chronique sans tendance à la guérison se trouve remplacée par une inflammation artificielle, simple, et qui doit disparaître spontanément dès que l'effet irritant de la pommade est épuisé.

Lorsqu'il s'agit d'entreprendre le traitement d'une acné, il faut d'abord éloigner toutes les causes qui peuvent entretenir l'affection, ainsi : les boissons excitantes, les aliments épicés, les émotions vives, toutes causes qui produisent un afflux sanguin vers la tête, seront évités avec soin. Ensuite, si la maladie est légère et récente, on pourra, comme nous l'avons indiqué déjà, recourir à des lotions excitantes, pratiquées avec une eau aromatique, ou alcoolisée, ou légèrement ammoniacale. Nous n'aimons pas à employer les lotions d'eau froide, nous leur trouvons l'immense inconvénient de déterminer une forte réaction sur des parties déjà trop congestionnées; le liquide auquel nous donnons la préférence est ainsi composé :

Eau distillée...................... 100 grammes.
Bichlorure de mercure.............. 1
Alcool..... .... q. s.

On en verse une cuillerée à café dans un verre d'eau tiède et on pratique des lotions matin et soir.

Les préparations astringentes, telles que les solutions concentrées d'alun, les pommades avec les sels de fer, et surtout avec le peroxyde, ont quelquefois suffi à procurer la guérison; mais, quelle que soit la préparation thérapeutique à laquelle on ait recours, on obtient un résultat plus prompt et plus favorable, en donnant des bains de vapeur ou des bains sulfureux, en dirigeant sur les parties malades des douches, soit simples, soit sulfureuses.

Dans les cas plus graves et quand l'affection est tenace, les moyens que nous venons d'énumérer sont insuffisants, c'est dans ces cas que les agents substitutifs nous ont donné d'excellents résultats, et que nous avons eu à nous louer de la révulsion que nous avions produite à la peau à l'aide des préparations mercurielles. Or trois sels de mercure ont surtout procuré des guérisons dans le traitement de l'acné et ont été employés sous forme de pommades : c'est le protoiodure, le biiodure et l'iodure de chlorure mercureux. Nous donnons la préférence aux deux premiers, à cause de la facilité avec laquelle on se les procure, et à cause du peu de constance de la composition du chlorure mercureux.

Si l'affection est récente, il est préférable de recourir aux préparations à faible dose, qui causent toujours une douleur moins vive; on emploie alors la pommade suivante :

Axonge............. 30
Protoiodure de mercure. 0,10 à 0,50 ou même à 1 gramme.

Sous l'influence de cette préparation, avec laquelle on pratique une onction tous les soirs, la peau rougit, l'épiderme se fendille et il arrive, au bout d'un certain temps, que les tissus n'éprouvent plus aucune modification. Il s'est alors établi une espèce de tolérance de l'enveloppe cutanée, et si la guérison n'est pas définitive, il faut augmenter la dose du sel mercuriel. On obtient, du reste, les mêmes résultats en employant le biiodure à faible dose, $0^{gr},05$ à $0^{gr},50$ pour 30 grammes d'axonge.

Dans certaines acnés rebelles on est obligé d'augmenter plusieurs fois la dose du sel mercuriel, et l'on peut même employer une pommade composée de parties égales d'axonge et de biiodure; l'application d'une seule couche de cette pommade détermine une éruption artificielle de croûtes molles et jaunâtres, ressemblant assez à des croûtes d'impétigo, et pendant les premiers jours il se produit, dans la partie voisine, un afflux sanguin qui modifie profondément leur vitalité. L'emploi de ces pommades à haute dose est surtout indiqué dans les cas d'acné tuberculeuse ou hypertrophique, car l'irritation qu'elles déterminent est toujours suivie d'une atrophie plus ou moins marquée dans la peau et dans le tissu cellulaire sous-cutané.

L'iodure de chlorure mercureux n'a pas une action autre que celle que nous venons de décrire; à faible dose, il produit simplement de la rougeur; à dose plus élevée, il détermine une éruption artificielle semblable à celle des autres préparations de mercure.

Du reste, toutes ces pommades substitutives déterminent, après leur application, un sentiment de cuisson souvent fort douloureux et qui persiste pendant plusieurs heures; si, au bout de huit ou dix jours, les parties malades ne sont pas suffisamment modifiées, on recommence une nouvelle applica-

tion, en ayant soin d'augmenter la dose du sel mercuriel, si l'on s'aperçoit que la peau soit moins impressionnable.

Après l'emploi des moyens que nous venons de décrire, si la guérison se fait attendre, on obtiendra plus vite une terminaison favorable, en recourant à l'emploi des eaux minérales et en conseillant surtout celles qui produisent une forte excitation à la peau.

Nous mentionnerons particulièrement les eaux sulfureuses de Baréges, de Bagnères-de-Luchon, celles d'Aix (en Savoie) employées en bains et en douches; mais nous indiquerons surtout l'action salutaire des eaux de Louesche (en Suisse), qui donnent des résultats vraiment remarquables dans une foule d'affections cutanées. Leur mode d'action est le même que celui de nos pommades irritantes et substitutives : chaque jour, en effet, le malade reste plongé cinq ou six heures dans le bain, et au bout de quelque temps il survient une véritable poussée à la peau, une éruption érythémato-pustuleuse, qui détermine, dans les parties malades, les mêmes modifications que nos éruptions artificielles.

CHAPITRE VIII.

PEMPHIGUS.

L'étymologie du mot pemphigus vient du grec πεμφιξ, qui signifie bulle ou soulèvement épidermique. Cette affection semble avoir été connue des plus anciens auteurs : ainsi Hippocrate, Galien, Aëtius, en ont donné des descriptions qui paraissent véritablement se rapporter à la maladie que nous observons aujourd'hui; mais Sauvages est le premier qui ait donné le nom de pemphigus à une affection caractéri-

sée par la présence de bulles à la surface de la peau. Willan, Bateman, Biett et plus particulièrement Gilibert, l'ont depuis appliqué à une affection caractérisée, soit par des bulles pleines d'un liquide séreux ou séro-purulent, soit par des squames se détachant de la peau d'une manière particulière. De cette façon ils ont fait rentrer la variété foliacée dans le cadre du pemphigus.

Les bulles du pemphigus présentent un volume variable : quelquefois grosses comme un pois ou comme une noisette, elles peuvent acquérir le volume d'une noix ou d'une orange, on en a même rencontré qui avaient la grosseur d'une tête d'enfant. Quelquefois arrondies, parfois ovales, elles présentent, en quelques cas, un contour plus irrégulier; elles contiennent ordinairement une sérosité transparente, citrine, peu plastique et empesant à peine les linges; on y rencontre parfois des fausses membranes analogues à celles qui nagent dans le liquide des pleurésies, enfin dans quelques cas plus rares on y trouve un mélange de sérosité et de pus, et parfois même un liquide complétement purulent.

Le nombre des bulles varie beaucoup : quand il n'y en a qu'une, ce qui est fort rare, il arrive ordinairement qu'il s'en forme une nouvelle quand la première a disparu, cette variété a reçu le nom de *pemphigus solitaire*. Dans les cas les plus fréquents, plusieurs bulles se montrent simultanément et présentent chacune une période d'évolution semblable, mais successive.

La bulle pemphigoïde s'annonce ordinairement par de la rougeur à la peau, mais cette rougeur peut manquer quelquefois ; qu'elle existe ou non, l'épiderme se fronce sur place, se soulève peu à peu et la bulle se produit. Il existe alors une véritable ampoule, tout à fait semblable à celle qui serait déterminée par l'application d'un vésicatoire, aussi cette

affection a-t-elle été désignée, par quelques auteurs, sous le nom de *morbus vesicularis*.

Dans le cas d'éruption aiguë, la bulle est entourée d'une auréole rouge et s'accompagne d'un sentiment de cuisson ou de démangeaison fort supportables; ces caractères manquent quand la marche est chronique.

Qu'elle contienne du pus ou de la sérosité, au bout de quelques jours, soit spontanément, soit par suite du frottement, la bulle se rompt et le liquide s'écoule; les phénomènes qui peuvent se produire alors sont très différents : quelquefois, en effet, il arrive que l'épiderme se réapplique sur le derme et le préserve ainsi du contact de l'air, la cicatrice se forme sous la squame épidermique, et au bout de quelques jours l'épiderme ancien se détachant, il ne reste qu'une tache violette. Dans d'autres cas, la rupture de la bulle entraîne la chute de l'épiderme et laisse à nu une surface rouge de laquelle suinte un liquide séreux, peu plastique : bientôt cette surface vésicante se sèche et se trouve remplacée par une tache violacée, comme dans le cas précédent.

Quand la bulle du pemphigus contient un liquide plastique, il se forme, après la rupture de l'épiderme une croûte jaunâtre, en général peu épaisse, qui tombe au bout de sept ou huit jours, et laisse à nu une surface rouge, qui se comporte comme dans les cas que nous venons de décrire.

Rarement une bulle de pemphigus demande plus de quatre ou cinq jours pour atteindre son terme d'évolution; mais dans les cas chroniques la marche est plus lente, et l'altération persiste pendant quelques jours après la rupture de la bulle.

Dans le pemphigus foliacé, l'épiderme se rompt avant d'être distendu par le liquide, il s'enlève sous forme de squames minces, enroulées sur elles-mêmes, semblables à certaines

écorces d'arbre et laisse à nu une surface rouge, luisante, de laquelle suinte un liquide peu plastique; à peine l'épiderme est-il reformé qu'il recommence à s'exfolier.

L'aspect du pemphigus est assez singulier : en effet, quand il est généralisé, on y observe des bulles à des époques de formations diverses; là c'est une surface rouge où l'épiderme commence à se rider, ici la bulle se forme, dans un point l'ampoule est parfaite, dans un autre, l'épiderme s'exfolie et laisse au-dessous de lui tantôt des taches violacées, tantôt des ulcérations qui sont toujours superficielles, qu'elles soient ou non recouvertes de croûtes.

Le siége du pemphigus mérite quelques considérations : en effet, soit à l'état bulleux, soit à l'état squameux, on l'a observé sur tous les points du corps; les squames surtout s'observent partout; quant aux bulles, elles sont rares sur le cuir chevelu, à la paume des mains ou à la plante des pieds, mais en revanche elles peuvent envahir les muqueuses. Nous avons même eu, dernièrement encore, l'occasion d'en observer un très bel exemple dans notre service d'hôpital : une malade nous présenta des bulles aux parties génitales externes et internes, la bouche, le pharynx furent envahis par l'éruption, et à certains moments une sensation de chaleur, de cuisson le long de l'œsophage sembla nous démontrer que ce conduit membraneux n'était pas à l'abri de l'affection. Alibert a décrit un pemphigus intestinal, mais il s'est fondé pour l'admettre sur de simples hypothèses qui n'ont jamais été vérifiées par les autopsies. En effet, une sensation de chaleur à l'estomac ou dans l'intestin, une diarrhée plus ou moins intense sont les seuls symptômes sur lesquels il s'est appuyé pour établir sa description, et ce ne sont pas des motifs suffisants pour admettre un pemphigus gastrique ou intestinal.

Les phénomènes qui accompagnent la formation des bulles du pemphigus sont variables, suivant que la maladie suit une marche aiguë ou chronique; aussi nous distinguerons deux espèces et nous décrirons à part le pemphigus aigu et le pemphigus chronique.

§ I. – Pemphigus aigu.

Le pemphigus aigu nous présente deux variétés; le pemphigus *des adultes* et le pemphigus *des nouveau-nés.*

1° Pemphigus des adultes.

Gilibert, au commencement de ce siècle, a décrit cette affection dans une monographie qui est loin de mériter tous les éloges qu'on lui a donnés. En effet, cet auteur obscurcit considérablement son sujet en émettant à diverses reprises sur les causes et sur le mode de production du pemphigus des vues plus ou moins hypothétiques; cependant il rapporte plusieurs observations intéressantes qui établissent un certain rapprochement entre cette maladie et les fièvres éruptives.

Souvent chez les adultes le pemphigus aigu est précédé de phénomènes généraux, tels que : malaise, courbature, céphalalgie, inappétence et mouvement fébrile plus ou moins prononcé. Ces symptômes se prolongent rarement plus de vingt-quatre heures et sont suivis de l'apparition de taches rouges, qui commencent en général à se montrer sur les membres, mais qui peuvent envahir le tronc : l'épiderme se fronce insensiblement à leur surface et se soulève sous forme de bulles souvent arrondies, quelquefois ovales, ordinairement peu volumineuses. Distendues par une sérosité transparente, ces bulles se rompent ou s'affaissent sur elles-mêmes après la

résorption du liquide, mais quelquefois elles n'atteignent pas un complet développement, elles s'arrêtent au milieu de leur marche et semblent avorter; dans ces cas les caractères de l'affection se rapprochent de ceux de l'érythème papuleux.

Ordinairement une bulle ne dure pas plus de sept ou huit jours, cependant la maladie peut se prolonger pendant plusieurs mois, quand il se manifeste plusieurs éruptions successives; il arrive alors un moment où les bulles cessant de se former, les taches disparaissent et la guérison se produit; mais dans quelques cas malheureux les éruptions sont continues et la maladie passe à l'état chronique.

2° Pemphigus des nouveau-nés.

Le pemphigus des nouveau-nés (*pemphigus neo-natorum*) se manifeste ordinairement au moment de la naissance ou dans les quelques jours qui la suivent. Lorsqu'il siége aux extrémités, aux pieds et aux mains, il s'annonce par un soulèvement épidermique rempli d'un liquide citrin et entouré d'une coloration violacée d'une nature particulière. Ces bulles ne tardent pas à se rompre et donnent lieu à des ulcérations superficielles qui s'agrandissent par le développement de bulles nouvelles.

En même temps surviennent des phénomènes généraux d'une gravité extrême; en effet, c'est une erreur de dire que le pemphigus des nouveau-nés n'affecte que des sujets débiles et non viables. Au début les enfants présentent souvent une fort bonne constitution, mais avec la marche de la maladie toutes les fonctions se détériorent, c'est alors qu'ils maigrissent, deviennent jaunes, ridés, et présentent, en un mot, l'aspect de petits vieillards; en même temps surviennent des troubles

digestifs, des vomissements, de la diarrhée, et la mort ne tarde pas à arriver. Dans quelques cas, il est vrai, la guérison peut s'obtenir, la résorption du liquide s'opère et des bulles nouvelles cessent de se former.

Le diagnostic de cette affection est facile, et, au dire de tous les pathologistes, son pronostic est extrêmement grave. Toutefois, chez les enfants nouveau-nés, le pemphigus ne se présente pas toujours avec les caractères que nous venons d'indiquer; ainsi il nous a été donné plusieurs fois d'observer, peu de jours après la naissance, une ou plusieurs bulles du volume d'un gros pois et plus, contenant un liquide grisâtre et ayant pour siége, soit le cou, soit les épaules ou la poitrine. Ces bulles se crèvent assez promptement et donnent lieu à des ulcérations très superficielles recouvertes de croûtes jaunâtres; au bout de quelques jours la croûte elle-même se détache et il n'existe plus qu'une petite tache violacée. Ce pemphigus, qui ressemble au pemphigus des adultes, ne s'accompagne d'aucun trouble fonctionnel spécial et se termine par la guérison, à moins de coïncidence avec une autre affection grave.

Il est donc essentiel de connaître sa bénignité et de ne pas le confondre avec le pemphigus des pieds et des mains; celui-ci est toujours grave et tous les auteurs sont d'accord sur ce point, quoiqu'ils soient loin de s'entendre sur les causes de sa production. En effet, suivant quelques-uns, le pemphigus est toujours l'expression d'un mauvais état général chez l'enfant, et suivant quelques autres, parmi lesquels se trouve M. Paul Dubois, il annonce même toujours une syphilis chez la mère.

Ces idées ne sont pas admises par tout le monde, et plusieurs fois on a pu observer des faits de pemphigus, chez des enfants dont les parents n'avaient jamais été atteints de ma-

ladies vénériennes. Du reste, il y aurait dans cette manifestation de la diathèse syphilitique chez le nouveau-né quelque chose de fort singulier ; jamais, en effet, chez l'adulte la syphilis ne revêt la forme bulleuse ; pourquoi présenterait-elle chez l'enfant cette forme exclusive ?

Pour donner une explication, M. Ricord a émis une hypothèse fort ingénieuse : partant de ce fait, que chez l'adulte le pemphigus se développe surtout dans de mauvaises conditions hygiéniques, il compare, dans ces circonstances, l'utérus de la mère à une habitation insalubre pour l'enfant. Mais, pour que cette explication fût vraisemblable, il faudrait que l'enfant vînt au monde chétif et amaigri, et nous avons vu que l'état cachectique n'apparaît qu'après le développement des bulles du pemphigus.

Ainsi donc, la question est loin d'être éclaircie, et, dans la plupart des cas, force nous est d'avouer notre ignorance relativement aux circonstances étiologiques de cette variété de pemphigus.

§ II. — Pemphigus chronique.

Le pemphigus chronique nous présente trois variétés : le pemphigus *bulleux successif*, le pemphigus *foliacé* et le pemphigus *prurigineux*.

1° Pemphigus bulleux successif.

Le pemphigus bulleux successif, ou continu, *diutinus*, est caractérisé par l'apparition de bulles de forme et de volume variables, qui se succèdent avec une ténacité souvent désespérante ; en effet, à peine commence-t-il à s'en effacer quelques-unes qu'il s'en forme immédiatement de nouvelles, et à peu près tous les deux ou trois jours on assiste au déve-

loppement d'une nouvelle éruption ; dans quelques cas cependant un plus long intervalle sépare chaque formation, et parfois même le malade pourrait se croire complétement guéri, si une poussée nouvelle ne venait à se manifester.

C'est dans cette variété surtout, qu'on observe l'extension de la maladie aux muqueuses, c'est elle aussi qui s'accompagne des phénomènes généraux les plus graves : épuisés par l'abondance de la sécrétion, les malades s'affaiblissent, tombent dans l'amaigrissement ; des vomissements, des diarrhées incoercibles se déclarent, et ils ne tardent pas à succomber.

Cette affection a une durée fort variable et elle peut se terminer au bout de quelques mois, comme elle peut se prolonger pendant plusieurs années ; dans tous les cas il est rare de lui voir une issue favorable, et la guérison peut toujours être considérée comme une exception. Le seul phénomène particulier qu'on observe dans cette variété, c'est qu'on trouve quelquefois à la place des bulles des croûtes peu épaisses, sèches, jaunes ou grises, laissant au-dessous d'elles, quand elles viennent à tomber, une ulcération superficielle, et qui toujours est moins profonde que celles de l'eczéma ou de l'impétigo.

2° Pemphigus foliacé.

Le pemphigus foliacé est caractérisé par des squames minces, jaunes ou grises, enroulées sur leurs bords, à moitié détachées et envahissant la totalité de l'enveloppe cutanée ; on ne saurait mieux les comparer qu'à des parcelles de parchemin, ou mieux encore à des lamelles du papyrus des anciens.

Leur étendue peut varier de 2 à 5 centimètres, et elles recouvrent toute l'étendue de la peau ; le cuir chevelu, la paume des mains, la plante des pieds n'en sont pas à l'abri.

Leur nombre est tellement considérable et leur production se fait avec tant d'activité, qu'elles remplissent le lit des malades dans l'espace de quelques heures. Au-dessous d'elles on trouve une surface rouge, légèrement ulcérée et laissant suinter en faible quantité un liquide peu plastique.

Ces ulcérations, ordinairement superficielles, peuvent cependant acquérir, dans certains cas, une profondeur plus grande par suite du grattage ou d'une pression trop prolongée; c'est ainsi qu'on en observe quelquefois aux genoux, aux coudes et surtout aux fesses. Les démangeaisons sont, du reste, ordinairement peu vives, mais la peau est constamment le siége d'une sécrétion sudorale, abondante, ayant une odeur particulière, nauséeuse et fétide.

Cette espèce de pemphigus peut revêtir, dès le début, l'apparence foliacée, mais, dans la plupart des cas, l'éruption commence par être bulleuse, puis les bulles sont de moins en moins prononcées et elles finissent même par avorter tout à fait; la maladie prend alors le caractère qu'elle ne quittera plus désormais; seulement, quand elle est établie depuis longtemps, il peut survenir encore des bulles qui parcourent isolément leur période d'évolution. L'apparition de ces bulles tardives a contribué, aussi bien que le mode de début, à faire donner à cette affection le nom de pemphigus et à la rattacher aux formes véritablement bulleuses.

3° Pemphigus prurigineux.

Dans cette maladie, la peau nous présente de petites bulles dont le volume dépasse rarement celui d'un pois et qui contiennent à l'intérieur tantôt de la sérosité et tantôt du pus. Ces caractères ne suffiraient pas pour établir une variété; mais ce qui fait ici le propre de l'affection, c'est l'existence

de démangeaisons atroces, assez vives pour occasionner l'insomnie. Les malades se grattent alors avec une sorte de fureur, et la peau conserve la trace de leurs excoriations sous forme de traînées ou de papules noires de prurigo. De plus, comme dans toutes les affections hyperesthésiques, la sécrétion pigmentaire s'active et l'enveloppe cutanée prend une teinte plus brune.

Il s'opère en même temps un suintement particulier, d'une odeur fade, nauséeuse, humectant la peau des malades et lui donnant un aspect onctueux qui la fait ressembler à la peau d'une limace. L'aspect est alors tellement caractéristique, qu'il est impossible de confondre cette maladie avec une autre, et qu'il suffit de l'avoir vue une fois ou même de l'avoir entendu décrire pour ne jamais la méconnaître.

Le pemphigus prurigineux est une affection assez rare pour que nous rappelions ici, en quelques mots, l'histoire d'une malade qui est restée quelque temps dans notre service. Cette femme, âgée de trente-cinq ans, avait déjà eu neuf enfants, et elle était arrivée au dernier mois de sa dixième grossesse. Elle ne vivait pas dans de bonnes conditions hygiéniques, cependant elle assurait que dans l'intervalle de ses grossesses sa santé était excellente. Elle présentait cette particularité singulière que, depuis son deuxième enfant, il lui survenait, quelques semaines après la conception, une éruption prurigineuse sur tout le corps, accompagnée de bulles dont le volume ne dépassait pas celui d'une noisette ; en même temps la peau brunissait et devenait le siége d'une sécrétion visqueuse. Ces phénomènes allaient en augmentant jusqu'au moment de l'accouchement, après quoi ils s'éteignaient insensiblement; seulement, à chaque nouvelle grossesse, ils reprenaient avec plus d'intensité. Les enfants qu'elle mettait au monde étaient toujours très bien portants.

Nous avons pu vérifier la réalité de ces assertions, car cette femme est accouchée dans nos salles ; et en effet, l'éruption a continué sa marche quelque temps encore après la délivrance et plusieurs poussées de bulles se sont produites ; seulement l'intervalle qui les séparait a augmenté chaque fois, leur nombre a également diminué, et un mois après son accouchement cette femme sortait en pleine voie de guérison.

Complications. — La guérison du pemphigus chronique est toujours une exception. Cependant, par elle-même, cette affection entraîne rarement la mort ; seulement, comme elle produit de l'amaigrissement et un affaiblissement général, l'économie est plus apte, au bout d'un certain temps, à contracter d'autres maladies plus graves et qui achèvent d'épuiser les forces.

Une des affections concomitantes les plus fréquentes, c'est l'*entérite chronique* qui s'annonce par de la douleur de ventre, des coliques, des selles diarrhéiques abondantes, et qui, à l'autopsie, se manifeste par des ulcérations et de la rougeur de la muqueuse intestinale, quelquefois seulement par une décoloration et un amincissement de cette dernière membrane.

A côté de l'affection précédente, et survenant presque aussi fréquemment qu'elle, nous trouvons la *phthisie pulmonaire*. Les hémoptysies plus ou moins répétées, une toux fréquente, une expectoration de crachats purulents annoncent le début de la maladie, et l'auscultation et la percussion viennent confirmer l'existence de tubercules pulmonaires à divers degrés.

Nous signalerons encore comme une complication assez commune l'*anasarque sans albuminurie*. Sous l'influence de

des adultes se termine ordinairement par la guérison, et on peut toujours considérer, comme un résultat défavorable, son passage à l'état chronique. Nous avons déjà dit que dans ce dernier cas la mort était la terminaison la plus ordinaire, et nous dirons la même chose du pemphigus des nouveau-nés siégeant aux extrémités.

Le pronostic est plus heureux quand l'éruption se montre isolément sur le corps d'un enfant, il est également favorable quand elle survient chez une femme dans le cours d'une grossesse; presque toujours au contraire elle est le prélude d'une terminaison fâcheuse lorsqu'elle paraît dans le cours des maladies graves, pendant une fièvre typhoïde, par exemple.

Étiologie. — L'étiologie du pemphigus est encore aujourd'hui pleine d'obscurité. A l'état aigu, on l'observe surtout chez les jeunes sujets, chez les adolescents ou dans la première partie de l'âge adulte. Sa fréquence paraît plus grande au printemps.

Quant aux causes occasionnelles, nous les ignorons complétement.

Le pemphigus chronique paraît se développer sous l'influence de l'humidité, de la grossesse, et, dans ce dernier cas, tantôt il persiste après l'accouchement, tantôt il disparaît pour reparaître quelquefois à une couche nouvelle.

Tous les auteurs admettent l'influence des mauvaises conditions hygiéniques, d'une mauvaise nourriture, des chagrins prolongés; ces circonstances peuvent se rencontrer, mais on est obligé d'avouer que, dans quelques cas, loin d'être soumis à toutes ces causes débilitantes, les sujets étaient placés dans les meilleures conditions, et que l'affaiblissement général survenu plus tard, loin d'être une cause, n'était qu'un effet de la maladie.

Traitement. — Le traitement du pemphigus est fort peu avancé. Ainsi nous savons quels moyens nuisent à cette affection, et nous ignorons ceux qui pourraient la soulager. Dans le pemphigus aigu, la maladie a une tendance naturelle à se terminer favorablement, cependant on peut accélérer la guérison en saupoudrant les parties malades avec de la poudre d'amidon, en donnant quelques purgatifs, quelques bains émollients associés à une diète modérée.

Dans le pemphigus des nouveau-nés, il est inutile de faire une thérapeutique active. Nous avons dit que dans une des variétés la guérison spontanée était la règle ; dans la forme grave, s'il survient des complications du côté des voies digestives, il faut les combattre par les moyens appropriés : il faut donner pour boisson la décoction blanche de Sydenham, il faut faire prendre matin et soir un lavement amidonné additionné d'une goutte de laudanum de Sydenham. Dans tous les cas où le doute existe, il faut s'abstenir avec soin d'une médication hydrargyrique que les enfants ont toujours beaucoup de peine à supporter, et l'emploi d'un traitement antisyphilitique ne pourrait être justifié que par la coïncidence d'autres symptômes qui viendraient démontrer clairement la nature de la maladie.

Dans le pemphigus chronique, il faut s'abstenir avec soin des bains, des cataplasmes et des purgatifs; les bains et les cataplasmes, en augmentant l'afflux du sang vers la peau, favorisent le développement des bulles, et les purgatifs prédisposent à cette inflammation intestinale qui vient si souvent compliquer le pemphigus.

Le traitement général du pemphigus est encore à trouver : on a employé sans succès les arsenicaux, les mercuriaux, les alcalins, les sulfureux, les préparations de cantharide, etc. Les moyens qui paraissent apporter le plus de soulagement

consistent dans l'emploi de poudres inertes, avec lesquelles on saupoudre la peau des malades, ainsi la poudre d'amidon ou de lycopode, celle de tan pulvérisé ou de vieux bois sont indifféremment mises en usage; si les démangeaisons sont trop vives, on les calme en y ajoutant un tiers d'oxyde de zinc. Enfin, si les malades sont très débilités, on peut mêler de la poudre de quinquina à la poudre inerte. Il est facile de concevoir que ce traitement ne peut être que palliatif, et que son efficacité, contre la cause inconnue qui produit l'affection, est complétement nulle.

S'il survenait des complications, il faudrait les combattre par les moyens indiqués; ainsi on tâcherait de relever les forces par une bonne alimentation et par une meilleure hygiène, on donnerait les préparations de fer et de quinquina; en un mot, on userait de tous les moyens possibles pour combattre la détérioration générale de l'économie et pour s'opposer au dépérissement progressif.

TROISIÈME CLASSE.

MALADIES PARASITAIRES

—

CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES.

La peau nourrit un certain nombre de parasites qui appartiennent, les uns au règne végétal et les autres au règne animal. Dans le premier nous trouvons diverses espèces de champignons qui sont la source des affections que l'on désigne communément sous le nom de *teignes*. Le second nous présente les différentes variétés de *poux* qui déterminent du purigo, la *puce* et la *punaise* qu'il est à peine utile de mentionnner, l'*acarus scabiei* qui produit la gale et une autre espèce d'arachnide vulgairement désignée sous le nom de *rouget*, qui apparaît dans les campagnes à l'époque de l'automne et qui donne lieu à des symptômes assez légers.

Quoique les parasistes que nous venons d'examiner soient de nature fort différente, ils donnent lieu à un ensemble de symptômes qui ont une physionomie toute spéciale et qu'on retrouve dans toutes les maladies qu'ils produisent ; nous sommes donc parfaitement fondé à établir une classe de maladies cutanées distinctes sous le nom de *maladies parasitaires*. Cette division nous paraît d'autant plus logique que, en dehors de leur cause commune, ces affections présentent quelque chose de particulier dans leur marche et qu'elles

nécessitent pour leur guérison l'emploi de moyens thérapeutiques qui varient peu et qu'on a désignés sous le nom d'agents parasiticides.

Nous avons dit que toutes les maladies parasitaires présentaient une cause commune, le *parasite*, c'est-à-dire un être qui vit aux dépens de la propre substance d'un autre ; dans chaque cas en effet son existence peut être démontrée. L'œil nu ou armé d'une loupe est ordinairement suffisant pour apercevoir les êtres qui appartiennent au règne animal ; seulement, comme il est quelquefois difficile de les trouver, il est bon de se rappeler que chaque espèce occupe des siéges de prédilection : que l'acare, par exemple, creuse surtout ses sillons et établit sa demeure là où l'épiderme est le plus mince, dans les intervalles digitaux, sur le pénis chez l'homme, sur le mamelon chez la femme.

Quant aux parasites qui appartiennent à la classe des cryptogames, le microscope est nécessaire pour examiner leurs organes de végétation et de reproduction, mais chaque espèce se manifeste ordinairement par des symptômes propres à chacune d'elles et qui rendent le plus souvent inutile l'emploi de verres grossissants. Ainsi des croûtes jaunes, sèches, déprimées en forme de godet, annoncent l'achorion du favus ; un cercle arrondi, pityriasique avec des poils cassés, dénote la présence du trichophyton, et la pelade se manifeste par des taches blanches recouvertes d'un duvet particulier.

Les caractères précédents sont, pour ainsi dire, pathognomoniques d'une affection parasitaire, mais ils existent rarement seuls et ils sont fréquemment accompagnés d'éruptions diverses qui donnent toujours une plus grande valeur au diagnostic et qui le facilitent toujours en l'absence d'autres signes. C'est ainsi que les pustules d'ecthyma sur les mains et sur les fesses révèlent l'existence de la gale, que le favus est sou-

vent accompagné d'ecthyma et d'impétigo du cuir chevelu, que le trichophyton détermine souvent une éruption de vésicules, de pustules ou même de tubercules. Dans certains cas plus rares on voit se manifester des complications plus graves, et c'est ainsi qu'il survient des lymphangites, des phlegmons et des abcès. Mais ces maladies diffèrent par leur nature de l'affection parasitaire, et dans ces cas le parasite joue simplement le rôle de corps irritant comme tout corps étranger pourrait le faire.

Les maladies parasitaires suivent une marche essentiellement chronique, et, abandonnées à elles-mêmes, leur durée est ordinairement indéfinie ; le parasite étend continuellement sa marche, soit par voie de contiguïté, soit par suite du transport direct de ses spores reproducteurs sur les diverses parties du corps. Dans certains cas cependant la guérison s'observe, mais nous le répétons, ces cas sont fort rares et le plus souvent les individus qui ne sont soumis à aucun traitement efficace restent la proie des parasites pendant des années entières. Il est même des pays où certaines affections parasitaires, la gale par exemple, sont, pour ainsi dire, endémiques : ainsi, dans quelques cantons de la Suisse et dans une partie de la basse Bretagne, cette dernière affection s'empare du sujet quelques jours après sa naissance, le suit dans toute sa carrière et ne l'abandonne qu'à la mort.

Nous trouvons encore quelque chose de commun dans l'étiologie des maladies parasitaires, c'est leur caractère contagieux. Or, la contagion s'opère dans le règne animal par le transport des animaux ou de leurs œufs, tandis que les spores des végétaux servent seuls de moyens de transmission.

Quand la contagion s'opère directement de l'individu malade à l'individu sain et sans intermédiaire, elle est dite *immé-*

PREMIÈRE SECTION.

MALADIES CUTANÉES PRODUITES PAR LES PARASITES VÉGÉTAUX.

CHAPITRE PREMIER.

FAVUS.

Grâce aux découvertes modernes, l'histoire de la teigne faveuse est devenue aujourd'hui une des plus simples et des mieux connues de la pathologie. Il n'en eût pas été de même il y a quelques années

Les anciens paraissent avoir complétement ignoré l'existence de la *teigne* ou *tinea*, mot qui figure pour la première fois dans les écrivains arabes. La description qu'en donnent ces derniers paraît assez bien s'y rapporter, mais ils confondent sous ce nom toutes les affections cutanées du cuir chevelu, comme jusqu'au commencement de ce siècle on a donné celui de *dartre* à toutes les éruptions du reste du corps.

Willan et Bateman mirent un peu d'ordre dans ce sujet ; mais ils ne débrouillèrent pas complétement le chaos, et il est facile de voir qu'il règne encore de la confusion dans l'histoire de leur *porrigo*. Willan admet deux espèces de teigne : le porrigo *favosa* et le porrigo *scutulata*. Bateman admet six espèces de porrigo, mais les uns ont trait au favus et les autres se rapportent à des maladies différentes, ce sont : 1° le porrigo *larvalis*, qui n'est qu'un impétigo ; 2° le porrigo *furfurans*, qui n'est qu'un eczéma arrivé à la période de desquamation ; 3° le porrigo *decalvans*, qui n'est que la

pelade; 4° le porrigo *lupinosa;* 5° le porrigo *scutulata;* 6° le porrigo *favosa*. Ces trois dernières espèces seules appartiennent réellement à l'histoire du favus.

On voit par cet exposé rapide que Willan et Bateman n'ont pas dégagé l'histoire des teignes de toute obscurité; en effet, ils donnent le nom de *porrigo* à des affections pustuleuses et susceptibles de se développer par contagion. Or, leur classification comprend plusieurs maladies qui ne présentent jamais de pustules, telles que le porrigo *decalvans* et le porrigo *favosa*, et d'autres variétés de porrigo, comme le porrigo *larvalis* et le porrigo *furfurans*, ne sont jamais contagieuses.

Biett simplifia la question en n'admettant que deux espèces de porrigo, le porrigo *scutulata* et le porrigo *favosa;* mais comme il suivait la méthode anatomo-pathologique, il admit dans les deux cas une pustule initiale et laissa subsister ainsi toutes les difficultés. Ces idées furent adoptées par toute son école, et elles sont encore professées aujourd'hui à l'hôpital Saint-Louis par MM. Cazenave, Gibert et Devergie.

C'est à dater de 1839 qu'une révolution s'opéra dans l'histoire du favus : un auteur allemand, Schœnlein, découvrit le premier, à l'aide du microscope, un champignon dans les godets faviques; d'autres micrographes, Link, Remak, marchèrent dans la même voie et confirmèrent ses recherches; M. Gruby transmit le premier en France ces connaissances déjà populaires en Allemagne, et s'attribua ainsi le mérite de cette découverte. Enfin, dans ces dernières années, plusieurs naturalistes et, entre autres, MM. Lebert, Ch. Robin, etc., ont étudié les caractères de ce parasite cryptogamique, ont reconnu qu'il appartenait à la tribu des *oïdiés* de la classe des *arthrosporées*, et l'ont décrit sous le nom d'*achorion*

Schœnleinii, du nom du micrographe qui l'avait découvert.

Plus récemment encore, M. Bazin a reconnu que le parasite n'existait pas seulement dans les godets faviques, mais qu'il pénétrait aussi dans l'épaisseur des cheveux dont il écartait les fibres, et il en a tiré cette conséquence thérapeutique, que l'extraction des cheveux était une condition nécessaire à la destruction de toutes les spores du végétal.

Après ce court résumé historique, nous pouvons définir le favus : une affection contagieuse caractérisée par des croûtes sèches, de couleur jaunâtre, présentant au début la forme de godet, et dues à la présence dans les cheveux et sur le corps d'un parasite végétal particulier, décrit sous le nom d'*achorion Schœnleinii*.

La teigne faveuse débute ordinairement par des démangeaisons du cuir chevelu et par une coloration rosée de la peau, sur laquelle survient une desquamation furfuracée qui s'étend sous forme de cercles. En même temps les cheveux implantés sur les parties malades prennent un aspect plus terne et deviennent plus secs et plus cassants.

Si dès cette époque on soumettait à l'examen microscopique la poussière épidermique, il serait facile d'y trouver tous les caractères de l'achorion, mais quelques jours plus tard les signes deviennent assez tranchés pour rendre cet examen inutile au diagnostic. En effet, çà et là, sur le cuir chevelu, on voit apparaître de petits points jaunâtres du volume d'une tête d'épingle, et qui, à mesure qu'ils grandissent, se dépriment à leur centre de manière à présenter la forme d'un godet. Le volume de ces petits godets dépasse rarement celui d'un pois, leur coloration est d'un jaune soufré, caractéristique; mais le caractère le plus essentiel et sur lequel nous ne pouvons trop insister, c'est cette

dépression centrale qu'un poil traverse souvent à son milieu et qui les fait ressembler à une cupule ou à un lampion.

Le nombre des godets faviques est en général assez considérable. Quelquefois isolés et indépendants les uns des autres, ils forment alors une variété qu'on a décrite sous le nom de favus *isolé*, *urcéolaire*, *lupinosa*. Quand, au contraire, ils sont assez rapprochés, ils peuvent, en augmentant de volume, se réunir à ceux qui leur sont contigus, tout en conservant leur forme primitive.

Il arrive ordinairement qu'au bout d'un certain temps les croûtes se détachent en partie et perdent leur forme déprimée, il ne reste plus alors que des plaques jaunâtres et irrégulieres qui couvrent une assez large étendue, et c'est cette variété de teigne qu'on a désignée sous le nom de *favus scutiforme*, en *bouclier*, en *plaque*. M. Bazin décrit comme une espèce distincte cette variété qui n'est due qu'à un âge particulier du parasite.

Plus tard les croûtes faviques prennent encore un nouvel aspect, elle se décolorent, deviennent blanchâtres, inégales, et ressemblent à du vieux plâtre ; cette variété, qui a reçu le nom de *favus squarreux*, n'est pas plus une espèce distincte que la précédente, elle n'est qu'une époque plus avancée et en quelque sorte le dernier terme dans l'âge de la maladie.

L'examen des cheveux nous fournit dans cette affection de précieux renseignements : ainsi, quand les godets se développent, les cheveux s'atrophient, ils tombent en grande partie et entraînent une alopécie partielle ; ceux qui restent deviennent grisâtres, secs, lanugineux comme ceux des nègres. Ces altérations sont dues à ce que le follicule pileux est envahi par le parasite, et à ce que les glandes sébacées destinées à lubrifier le poil sont atrophiées par la matière

favique. En même temps la tête exhale une odeur fétide qu'on a comparée à celle de la souris, à celle de l'urine de chat ou à celle de matières animales en macération, mais qui est toute spéciale et qu'on ne peut confondre avec aucune autre.

Les symptômes précédents appartiennent en propre à la teigne faveuse, mais presque toujours le parasite, par l'irritation qu'il occasionne, favorise le développement d'éruptions concomitantes ; c'est ainsi qu'il se développe des pustules d'ecthyma, que des croûtes d'impétigo viennent se mêler aux godets faviques et obscurcir le diagnostic. Il n'est pas rare de voir en même temps une quantité de poux considérable pulluler sur le cuir chevelu, tandis que les ganglions lymphatiques voisins s'engorgent, s'enflamment et quelquefois passent à l'état de suppuration.

Si nous soumettons à l'examen microscopique les croûtes du favus, nous reconnaissons qu'elles sont formées presque exclusivement de matière parasitaire, et elles nous présentent : 1° le mycélium, assemblage de filaments tantôt simples et tantôt ramifiés et qui représente le végétal ; 2° des tubes simples ou cloisonnés isolés ou accolés les uns aux autres, les uns vides, les autres contenant des spores ; 3° enfin des granulations blanches, ovalaires ou arrondies, quelquefois irrégulières, d'un volume variable et qui sont les spores ou organes de reproduction d'un parasite dont les naturalistes ont reconnu la nature végétale et auquel ils ont donné le nom d'*achorion Schœnleinii*.

Les cheveux, comme nous l'avons dit, ne sont pas à l'abri de l'affection parasitaire, et à un grossissement de 200 à 300 diamètres, on voit des spores nombreuses disséminées dans le bulbe et dans la tige du poil, on y rencontre aussi des filaments tubuleux. Dans quelques cas plus rares les

cheveux sont atrophiés et leurs fibres longitudinales sont écartées par le parasite.

L'affection favique se développe ordinairement au cuir chevelu, mais on peut la rencontrer ailleurs, partout où il y des poils. C'est ainsi qu'on a vu sur le gland des godets qui présentaient un poil rudimentaire au centre de leur dépression. Il n'est pas rare également d'en observer sur l'ongle, et M. Bazin a parfaitement décrit cette variété qui jusqu'alors avait échappé à l'attention (1). Du reste, quelle que soit la région du corps qu'il occupe, le favus présente le même aspect qu'à la tête, et ses croûtes déprimées en godet conservent toujours, leur coloration d'un jaune soufré caractéristique.

La marche de la teigne faveuse est intéressante à étudier. Ainsi elle débute par un cercle rouge, pityriasique, sur lequel ne tardent pas à se montrer de petits points jaunes traversés par un poil à leur centre, et qui s'agrandissent, se dépriment en godet, se réunissent de manière à former une plaque continue. Au bout d'un certain temps, ces croûtes perdent leur caractère pathognomonique, elles deviennent blanchâtres, inégales, tombent en partie, entraînent les cheveux dans leur chute et laissent à nu des surfaces rouges complétement dénudées.

Presque toujours en même temps le cuir chevelu est déprimé, atrophié par suite de la compression exercée par le parasite, quelquefois même il se forme une véritable cicatrice, et le follicule pileux étant alors détruit, l'alopécie est toujours incurable. Cependant, quand la teigne est récente et quand le cuir chevelu n'a pas encore eu le temps de s'atrophier, les cheveux peuvent repousser aussi beaux, aussi nom-

(1) *Leçons théoriques et cliniques sur les affections cutanées parasitaires*, professées par le docteur Bazin, rédigées et publiées par A. Pouquet, 2e édit., Paris, 1862, A. Delahaye, p. 142.

breux qu'auparavant, d'où le précepte de commencer sans retard le traitement de la maladie et de le continuer jusqu'à ce qu'on ait obtenu une guérison définitive.

Abandonnée à elle-même, la teigne faveuse a une tendance extrême à se perpétuer indéfiniment : aussi n'est-il pas rare de rencontrer des adultes qui en sont affectés depuis leur enfance. Toutefois la chute des cheveux et l'atrophie consécutive du cuir chevelu sont suivies d'une guérison forcée, le parasite ne trouvant plus de terrain nécessaire à sa production. Dans les cas les plus fréquents, qnand le favus disparaît d'un point, il s'étend d'un autre côté, et la guérison n'est définitive que quand l'alopécie est complète et générale.

Diagnostic.— Le favus se reconnaît à la présence de croûtes jaunes, sèches, déprimées en godets, traversées d'un poil à leur centre, et présentant quelquefois un aspect plâtreux, à l'altération des poils qui sont ternes, décolorés et manquent en certains points ; en même temps l'examen microscopique révèle dans toutes ces parties l'existence de tubes végétatifs et de spores reproductrices : ces signes réunis existent rarement dans d'autres maladies. Cependant on pourrait quelquefois éprouver des difficultés de diagnostic, en présence d'une autre affection parasitaire ou en face de quelques autres maladies qui ne reconnaissent pas un parasite pour cause.

Les maladies parasitaires avec lesquelles on pourrait confondre le favus sont : l'*herpes tonsurans* et la *pelade*.

Dans l'*herpes tonsurans* on n'observe pas de croûtes, mais des squames grisâtres ; les cheveux sont, il est vrai, secs et décolorés, mais ils sont cassés à peu de distance de leur racine et entourés d'une gaîne floconneuse blanchâtre ; dans le favus, au contraire, les cheveux sont tombés complètement ou persistent dans toute leur longueur avec une sécheresse et une décoloration que nous avons indiquées.

Dans quelques cas, l'herpès tonsurans se complique d'une éruption impétigineuse qu'il est assez difficile de différencier des croûtes du favus. Le diagnostic se tire alors de la couleur des croûtes qui n'est pas la même dans les deux affections, de l'aspect différent des cheveux ; et si l'embarras persiste, l'examen microscopique des parties malades lèvera tous les doutes. Toutefois, pour des médecins peu habitués à ces recherches, l'achorion n'est pas toujours facile à distinguer du trichophyton ; les spores sont cependant plus grosses et plus nombreuses dans le favus, et rarement les fibres longitudinales des cheveux sont aussi altérées que dans l'herpès tonsurans.

La *teigne pelade* est toujours beaucoup plus facile à reconnaître : ainsi elle ne présente ni croûtes, ni éruptions concomitantes, elle est caractérisée seulement par une décoloration des téguments et par une alopécie partielle dans laquelle, après être tombés, les cheveux ont été remplacés par des poils follets.

Les maladies non parasitaires qui présentent quelque ressemblance avec le favus sont : l'*eczéma simple* ou *impétigineux*, le *pityriasis* et le *psoriasis*.

Dans l'impétigo les croûtes sont brunes, ne présentent pas l'aspect de godets et n'exhalent pas l'odeur de souris ; les cheveux ne sont pas décolorés et ne tombent pas avec la même facilité.

Dans le pityriasis et dans le psoriasis ce sont des squames et non des croûtes qui caractérisent l'affection, cependant le psoriasis ancien pourrait être quelquefois confondu avec le favus squarreux, et il y a dans quelques cas une ressemblance assez grande. Il est utile de se rappeler alors que les croûtes du favus sont toujours moins adhérentes que celles du psoriasis ; d'ailleurs, le psoriasis de la tête est rarement isolé et presque toujours il existe simultanément aux coudes et aux genoux.

Enfin si ces moyens ne permettaient pas de porter un jugement certain, l'emploi du microscope viendrait lever tous les doutes.

Pronostic. — Aujourd'hui la teigne faveuse n'est plus une maladie grave, on peut toujours assurer sa guérison, et quand on la prend au début, les parties atteintes ne conservent aucune difformité; mais quand l'achorion existe depuis longtemps, il entraîne une atrophie du cuir chevelu et une alopécie incurables.

Par ses propriétés éminemment contagieuses cette maladie est un objet de répulsion et de dégoût pour les malheureux qui en sont atteints; tel est du reste son seul inconvénient. Rarement elle s'accompagne de phénomènes généraux, et ce n'est qu'après une durée de plusieurs années qu'elle produit de l'amaigrissement, de la pâleur et un véritable étiolement semblable à celui des plantes affectées de parasites. Dans cet état d'affaiblissement, les sujets sont plus aptes à contracter les maladies intercurrentes, leur résistance vitale est moindre, et ils peuvent plus facilement succomber; mais dans tous ces phénomènes pathologiques le favus, comme nous le voyons, ne joue qu'un rôle très secondaire.

Étiologie. — L'étiologie du favus comprend des causes prédisposantes et des causes occasionnelles.

Le favus se présente à toutes les périodes de la vie et nul âge n'en est à l'abri; cependant il se développe de préférence dans l'enfance et la première jeunesse, et quand on le rencontre plus tard, l'époque de son apparition première remonte presque toujours à une date antérieure. Les garçons y sont peut-être plus exposés que les filles, mais cela tient sans doute à leur genre de vie qui rend la contagion plus fréquente. Enfin, le tempérament lymphatique paraît être celui de tous qui présente les conditions les plus favorables à la reproduction et à la végétation du parasite.

La teigne ne sévit pas dans les mêmes proportions sur les diverses classes de la société; elle atteint plus rarement les gens qui vivent dans l'aisance, tandis qu'elle se propage avec facilité dans la classe pauvre. Cette différence tient au genre de vie qui fait que chez les premiers les soins de propreté sont plus grands et le contact avec les gens affectés moins fréquent.

Une chose digne de remarque, c'est que certaines professions paraissent y exposer davantage : ce sont surtout celles qui obligent les individus qui les cultivent à vivre ou à coucher dans des écuries. Il semble que sous l'influence d'un air chaud et chargé de matières animales, les spores des parasites acquièrent une facilité plus grande à germer et à se reproduire. Du reste, d'une manière générale, ces conditions favorables à la reproduction des cryptogames étaient connues depuis longtemps et on avait même songé à les utiliser. Il suffit d'étendre une couche de fumier dans un lieu sombre et humide, comme dans une cave ou une étable, pour voir se produire au bout de quelques jours une couche manifeste de champignons.

La contagion est la seule cause occasionnelle du favus. Nous ne reviendrons pas sur le mode de transport qui peut être médiat ou immédiat; mais dans tous les cas, pour que la maladie se développe, il est nécessaire qu'une croûte favique ou une spore d'achorion ait passé de l'individu malade à l'individu sain. Aucun fait ne peut s'expliquer par une génération spontanée, et dans le règne végétal comme dans le règne animal, toute production est le résultat d'un germe provenant d'un individu semblable, et qui a trouvé un terrain favorable à son développement.

Cette circonstance d'un terrain propice est fort importante à considérer et donne des vues excellentes pour le traitement.

Il ne suffit pas en effet de détruire les parasites par le moyen que nous allons indiquer, mais il faut modifier le terrain de telle sorte qu'il ne soit plus apte à recevoir de nouveaux germes et à servir à la nutrition des cryptogames. Il faudra donc fortifier la constitution par des toniques et par des amers, prescrire une bonne alimentation, entretenir en même temps une propreté excessive, faire couper les cheveux ras, afin que l'air puisse y circuler. C'est parce que ces conditions hygiéniques ne sont pas observées, que la teigne est si difficile à guérir dans les basses classes de la société et qu'elle y repullule d'une façon effrayante.

Traitement. — Depuis de longues années, les médecins renonçaient à traiter la teigne et abandonnaient le soin de la guérir à des empiriques qui faisaient un secret de leur traitement et l'exploitaient au détriment du malade.

Le seul moyen d'une efficacité réelle et qui osât se montrer au grand jour était connu sous le nom de *traitement par la calotte*, mais les douleurs atroces qu'il occasionnait l'avaient fait à peu près bannir du domaine scientifique. Ce moyen consistait dans l'application sur le cuir chevelu d'un emplâtre agglutinatif formé avec de la poix mélangée à d'autres substances; on le retirait brusquement de façon à arracher tous les poils, et on pratiquait ainsi une épilation brutale, qui laissait fréquemment à nu une partie de la peau, et qui avait en outre l'inconvénient d'être souvent incomplète. Ce moyen de traitement est encore suivi dans quelques hôpitaux de province, mais dans plusieurs, on a adopté les modifications introduites par des médecins de Lyon, on ne pratique plus alors qu'une épilation partielle et successive, au moyen de bandelettes de sparadrap.

Dans les hôpitaux de Paris, malgré les efforts de M. Bazin et les nôtres, le traitement externe de la teigne est encore

aujourd'hui abandonné à des gens qui n'ont pas divulgué leur secret. Ce traitement, dit *des Frères-Mahon*, s'est perpétué de père en fils, de fils en neveu, et il est aujourd'hui exploité par des héritiers indirects. Il consiste dans l'application de pommades et de poudres épilatoires dont on ignore la composition exacte; mais il est probable que ces moyens ne sont qu'illusoires, et il paraît même certain que les Mahon emploient principalement l'épilation. Quoi qu'il en soit, nous devons à la vérité de déclarer qu'ils ont procuré des guérisons, que le traitement a souvent traîné pendant des mois et des années, que fréquemment il y a eu des récidives, mais que, dans certains cas, la cure a été radicale.

Le traitement des Mahon était presque le seul en usage à Paris, quand M. Bazin, ayant découvert les altérations des cheveux produites par le parasite, institua l'*épilation* comme règle générale et indispensable du traitement de la teigne. A dater de cette époque, ce traitement fut appliqué avec succès au dispensaire qu'il venait de créer à l'hôpital Saint-Louis, et nous-même, dans les salles de notre service, nous en retirions de très grands avantages.

Le traitement de la teigne, tel qu'il est employé aujourd'hui, se compose de trois parties :

1° On se débarrasse des croûtes du favus et d'impétigo qui recouvrent la tête à l'aide de cataplasmes, de bains ou de lotions émollientes. Au bout de cinq ou six jours, les croûtes tombent, et le cuir chevelu présente une coloration rouge et une ulcération superficielle, ressemblant assez à celle qui succède à la chute des croûtes d'eczéma. On pratique ensuite l'épilation qui forme la seconde partie du traitement.

2° Pour rendre l'épilation plus facile, on coupe les cheveux, en leur laissant une longueur de 2 à 3 centimètres seule-

ment; pour la rendre moins douloureuse, M. Bazin a l'habitude de faire étendre préalablement une couche d'huile de cade sur les parties malades; il prétend, par ce moyen, diminuer la sensibilité du cuir chevelu et faciliter l'extraction des poils. Nous avons employé ces lotions sans en obtenir le résultat satisfaisant, et nous les avons abandonnées aujourd'hui. L'épilation se pratique à l'aide de pinces à mors larges, en ayant soin de ne saisir pas plus d'un ou deux cheveux à la fois, pour éviter de les briser; ensuite on exerce la traction toujours dans le sens de l'implantation des cheveux; de cette façon, la douleur est moindre et l'extraction plus facile.

Les cheveux doivent être arrachés sur toutes les parties malades, mais il n'est pas nécessaire de pratiquer cette opération dans une seule séance. On épile chaque jour dans une étendue de 3 à 4 centimètres carrés, et, au bout de quelques jours, on parvient facilement à mettre toutes les parties malades à découvert. A mesure qu'on pratique l'épilation, il est indispensable de lotionner les parties avec une solution de sublimé. Celle que nous employons a pour formule :

Sublimé	1	gramme.
Eau	500	—
Alcool	q. s.	

On imbibe de cette solution une compresse, une brosse, une éponge, et on a soin de la faire pénétrer par l'orifice encore béant du follicule pileux. De cette manière, on a toute chance pour détruire le parasite et pour qu'aucune des spores ne conserve la propriété de se reproduire; on continue matin et soir, pendant huit jours, ces lotions parasiticides.

3° On se propose, dans la dernière partie du traitement de la teigne, d'établir un contact prolongé entre les parties malades et les agents chargés de détruire le champignon. On y parvient à l'aide de pommades qui ont surtout pour base des préparations de soufre ou de mercure. C'est ainsi qu'on emploie la pommade suivante :

Soufre	2 grammes.
Axonge	30 —

M. Bazin employait, au début, l'acétate de cuivre à la dose de $0^{gr},50$; mais cette substance ayant l'inconvénient de déterminer fréquemment des éruptions, il préfère aujourd'hui le turbith minéral (sulfate de deutoxyde de mercure), qu'il incorpore à l'axonge, à la dose de $0^{gr},50$.

Tel est le traitement complet de la teigne. Au bout de quelque temps, les poils arrachés repoussent et quelquefois même il prennent une teinte plus foncée : nous avons dernièrement observé un enfant chez qui les cheveux, qui étaient rouges avant l'épilation, repoussèrent châtains après la guérison de la teigne. Du reste, il est rare qu'une seule épilation soit suffisante ; si, au bout de six semaines ou deux mois, les cheveux n'ont pas repris leur caractère primitif, s'ils sont encore secs et cassants, enfin s'il existe des croûtes ou des pustules au cuir chevelu, il faut renouveler l'épilation et la recommencer jusqu'à ce qu'on ait obtenu une guérison radicale.

CHAPITRE II.

TRICHOPHYTIE.

Nous désignons sous le nom de trichophytie trois affections cutanées : l'*herpès circiné*, le *sycosis* et l'*herpes tonsurans*,

parce que toutes trois sont caractérisées par la présence d'un seul et même champignon, le *trichophyton*. Toutefois, avant d'entreprendre leur description, il est nécessaire d'expliquer pourquoi nous abandonnons la dénomination d'*herpès* appliquée habituellement à deux de ces maladies.

On désignait primitivement sous le nom d'*herpès* (ἕρπειν, ramper) un groupe de maladies cutanées chroniques, ayant une grande tendance à s'étendre et à récidiver : c'était le synonyme du mot *dartre* et même dans le langage actuel le vice herpétique ne diffère en rien de la diathèse dartreuse.

Willan et Bateman, en publiant leur nomenclature dermatologique, précisèrent un peu plus la définition du mot *herpès* et donnèrent ce nom à une maladie caractérisée par des vésicules réunies en groupes, et reposant sur des surfaces rouges et saillantes. MM. Gibert et Cazenave parmi les dermatographes modernes ont adopté cette définition ; M. Devergie, au contraire, négligeant le caractère vésiculeux comme élément anatomo-pathologique, a appliqué ce nom à une maladie caractérisée par des plaques de grandeur variable, mais présentant toutes ce caractère commun de s'étendre d'une façon centrifuge et d'avoir une circonférence arrondie, nette, saillante et bien limitée. Après une pareille définition, M. Devergie passe successivement en revue sous le nom d'herpès toutes les maladies qui rentrent dans le cadre de Willan, et l'on n'est pas peu étonné de le voir décrire à la suite un herpès *phlycténoïde* dans lequel les vésicules, au lieu de s'étendre en cercle, s'étendent en traînées.

Si maintenant nous passons en revue les diverses maladies qui ont reçu le nom d'herpès, nous verrons combien il est difficile d'établir un rapprochement entre elles. En effet, nous trouvons d'abord l'*herpès simple* qui est le type de la maladie, mais qui n'existe pas et qui n'est qu'une abstraction.

A côté vient se ranger l'*herpès zona*. Nous répéterons que le zona est une maladie spéciale et qui a ses caractères propres, savoir la coexistence fréquente d'une éruption et d'une névralgie. La présence de vésicules n'est donc pas suffisante pour en faire un herpès, et il est préférable, pour simplifier la question, de donner à cette maladie le nom seul de zona.

L'herpès *phlycténoïde* présente également des caractères particuliers et n'affecte jamais une forme circinée. C'est une maladie caractérisée par des vésicules disséminées sur un fond rouge, s'accompagnant de douleurs assez vives et ayant une durée qui ne dépasse pas un ou deux septénaires. Nous avons déjà dit que pour nous cette affection ne constituait pas une espèce distincte et que c'était simplement un zona développé sur les membres. En effet, pour se convaincre de la réalité de cette assertion, il suffit de consulter les observations d'herpès phlycténoïde rapportées par les auteurs qui ont admis cette maladie, et l'on retrouve dans les faits cités tous les caractères d'un véritable zona qui ne diffère du zona vulgaire que par un siége un peu insolite.

Parmi les autres variétés d'herpès, nous trouvons l'herpès des parties génitales, *herpès progénial* d'Alibert. Chez l'homme, l'éruption a son siége sur le gland ou sur le prepuce, et est caractérisée par des vésicules qui tantôt se sèchent et tantôt se rompent en donnant lieu à des ulcérations. Chez la femme, la maladie présente les mêmes caractères aux parties génitales externes, aux grandes et aux petites lèvres. Dans les deux sexes cette affection est d'une cure souvent fort difficile et elle présente une tendance extrême à la récidive; aussi nous pensons que, dans la plupart des cas, elle reconnait une origine dartreuse, que ce n'est qu'un eczéma et que la seule différence du siége donne à cet eczéma les caractères particuliers qu'il présente. Il n'est pas rare d'ailleurs de ren-

nous expliquer, dans tous les cas, les aspects si variés de cette affection.

A l'hôpital Saint-Louis, M. Bazin et moi sommes les seuls qui admettions l'identité des trois affections dues à la présence du trichophyton ; MM. Gibert, Cazenave et Devergie admettent seulement l'identité de l'herpès tonsurant et de l'herpès circiné. Pour M. Cazenave, le sycosis est le résultat d'une action mécanique, et reconnaît le plus souvent pour cause l'irritation produite par le rasoir sur le follicule pileux ; aussi le seul traitement qu'il conseille se borne à des applications émollientes, et même un des grands arguments invoqués par ceux qui refusent au sycosis une origine parasitaire, c'est que les émollients produisent des guérisons et que l'épilation n'est pas nécessaire. Nous répondrons que l'épilation donne toujours des résultats plus prompts, et que, dans les cas où la guérison a été obtenue sans son secours, elle était due à la marche naturelle de la maladie. En effet, cette terminaison favorable s'observe quelquefois dans le sycosis ; à la suite de l'inflammation et de la suppuratien du bulbe pileux, le poil malade est éliminé, et cette espèce d'épilation spontanée entraîne ordinairement la guérison.

Il est un autre argument qu'invoquent encore ceux qui rejettent le parasitisme de la mentagre, c'est la difficulté qu'on éprouve à trouver sous le champ du microscope les végétations cryptogamiques ; nous ferons observer à ce sujet que, dans le sycosis, la maladie est arrivée à sa fin, et que si l'examen d'un nombre assez considérable de poils est nécessaire pour découvrir le trichophyton, cela tient à ce que les spores ont été détruites, entraînées par la suppuration ; cela nous explique encore pourquoi le parasite ne se retrouve pas toujours avec les mêmes caractères, et pourquoi ses organes reproducteurs sont souvent altérés, déformés.

Ces difficultés dans la recherche du parasite se trouvent du reste dans d'autres affections parasitaires; ainsi, il est souvent fort difficile de retrouver un acarus dans des gales anciennes dont l'aspect primitif a été défiguré par une foule d'affections concomitantes. Les arguments qu'on oppose au parasitisme du sycosis n'ont donc aucune valeur, et nous persistons, avec M. Bazin, à considérer le trichophyton comme la cause des trois maladies que nous allons passer en revue.

La trichophytie *circinée* est facile à reconnaître; elle est caractérisée par une ou plusieurs taches rouges, isolées, légèrement saillantes, surmontées de petites squames blanches, et qui, à mesure qu'elles s'étendent, se guérissent à leur centre; elles se présentent alors sous forme de cercles ordinairement arrondis, quelquefois irréguliers, de dimensions excessivement variables, mais qui toujours s'accroissent du centre à la périphérie.

Outre ces taches rouges et ces squames, qui sont constantes, le disque érythémateux est quelquefois couvert de petites vésicules transparentes ou purulentes. Suivant les willanistes, ces vésicules ne feraient jamais défaut, seulement, dans bien des cas, elles n'auraient qu'une existence éphémère et seraient promptement remplacées par des squames; nous devons dire que, dans la plupart des cas, l'observation vient contredire cette assertion, et que les squames apparaissent d'emblée sur la tache rouge, sans qu'il soit possible, à aucune époque, de constater un développement de vésicules.

La trichophytie circinée s'accompagne ordinairement d'un sentiment de cuisson ou d'une démangeaison légère; jamais elle ne détermine de phénomènes généraux, et elle se borne toujours à des symptômes locaux.

On la rencontre ordinairement à la figure, mais elle peut avoir son siége partout ailleurs, sur le tronc et principalement à la région inguinale, en même temps qu'au visage ; il n'est pas rare d'en observer sur le dos de la main par suite de la contagion qui s'opère quand les malades se grattent.

La trichophytie *tonsurante* occupe le cuir chevelu, et c'est là, on peut le dire, son siége presque exclusif, car il est plus rare de l'observer à la barbe; elle se manifeste par des plaques ordinairement rondes, ressemblant tout à fait à une tonsure et sur lesquelles les cheveux sont ternes, secs et brisés à un demi-centimètre environ de leur base ; en même temps, la partie malade est gonflée, l'épiderme s'enlève sous forme de squames, et la peau présente une coloration bleuâtre et un aspect rugueux, manifeste surtout quand on a intempestivement rasé la plaque tonsurante. Ajoutez à cela qu'il y a ordinairement des démangeaisons, qu'il y a des cercles uniques ou des plaques dispersées, qu'on rencontre des vésicules ou des pustules en certains cas; enfin, qu'il peut y avoir des croûtes impétigineuses, et vous aurez alors les différents aspects de l'herpès tonsurant.

Il est assez fréquent d'observer des plaques tonsurantes chez un enfant, quand sa mère, qui le soigne, présente aux mains des cercles de trichophytie circinée. Enfin, dans certains cas, sur le même sujet, à l'endroit où cessent les cheveux, on rencontre un disque de trichophytie qui présente l'aspect circiné dans une moitié et l'aspect tonsurant dans l'autre.

La trichophytie *sycosique* se présente à la barbe et sur les parties génitales recouvertes de poils, avec des altérations spéciales. Généralement elle débute par de la rougeur et par une petite desquamation fine, puis bientôt le poil s'altère,

evient terne, sec, cassant et se recouvre d'un petit duvet lanchâtre qui n'est autre chose qu'une poussière champimonneuse; dans certains cas, ce duvet recouvre tout le poil lui forme une gaîne complète.

A ces altérations initiales succèdent bientôt des phénomènes plus graves : les parties malades s'enflamment, augmentent de volume, et on voit survenir alors, tantôt des uberculos rouges, arrondis, volumineux, tantôt des pustules solées ou réunies, se recouvrant de croûtes qui agglutinent es poils et font ressembler l'affection à de l'*impetigo granulata*. Plus tard, ces croûtes tombent et laissent à nu des lcérations fongueuses, saillantes, ressemblant assez à des laques muqueuses et donnant à la figure du malade un spect vraiment repoussant.

Les altérations, du reste, ne se bornent pas à la peau; elles ivahissent le tissu cellulaire sous-cutané, et on voit survenir des phlegmons, des abcès et un engorgement des ganions sous-maxillaires qui peut être suivi de suppuration. n même temps les poils sont profondément altérés; ils perent leur adhérence avec les follicules pileux, deviennent ciles à arracher et souvent même tombent spontanément.

Tel est le sycosis avec ses différents aspects, mais il est re qu'il les présente tous réunis sur le même sujet. Quelquefois il n'existe que des pustules ou des tubercules, d'autres is on ne rencontre qu'une couche farineuse, sans altération e la peau ou du tissu cellulaire, et, dans ce dernier cas, rdinairement les poils ont conservé leurs adhérences.

Dans certains cas, le sycosis est isolé, mais dans d'autres s'accompagne de trichophytie circinée, et souvent même, uand cette dernière affection fait défaut, les malades vous mettent sur la voie du début en parlant des cercles rouges qui nt précédé la mentagre. Cette succession et parfois même

cette coexistence des deux affections sont donc un motif de plus pour nous faire admettre leur identité.

Parmi les affections qui appartiennent encore à la trichophytie, nous pourrions ranger celle que les auteurs ont décrite sous le nom d'*herpès iris*, mais cette espèce n'est qu'une variété d'herpès circiné dans laquelle on trouve deux ou trois cercles concentriques de couleur un peu différente. C'est, du reste, une variété fort rare et qui, dans une pratique de dix à vingt ans à l'hôpital Saint-Louis, peut ne jamais se présenter à l'observation.

L'examen microscopique des poils affectés de trichophytie montre qu'ils sont le siége d'altérations spéciales, dues à la présence du parasite cryptogamique ; ce sont surtout les poils de l'herpès tonsurant qui présentent le type de ces altérations.

Si l'on arrache un cheveu sur une plaque de teigne tondante et qu'on le place sous le champ du microscope, on est frappé tout d'abord de l'altération qu'offre sa racine; en effet, au lieu d'avoir cet aspect arrondi qu'elle présente à l'état naturel et qui la fait ressembler à une plante bulbeuse, elle est aplatie, tronquée, quelquefois même détruite. Le cheveu est coudé et présente en certains points des nodosités, des renflements olivaires qu'on ne rencontre pas quand il est sain : en ces endroits il semble éclaté, crevé, et loin de distinguer les deux substances, on n'aperçoit plus qu'un amas de spores. On se rappelle qu'un des caractères de l'herpès tonsurant est de présenter des poils brisés à quelques millimètres du cuir chevelu : or, au point où a lieu cette brisure, la coupe n'est pas nette et régulière, le cheveu paraît comme épié, son extrémité ressemble à un pinceau, et ses fibres longitudinales sont écartées par des spores.

Les organes reproducteurs du parasite ne se rencontrent

es uniquement dans le poil, on les trouve encore dans les quames et dans la poussière qui s'attache aux poils.

De toutes les affections parasitaires, la trichophytie est elle dans laquelle on trouve le plus de spores; elles sont our ainsi dire innombrables, très régulières et souvent elles xistent seules. Dans certains cas cependant on observe imultanément des tubes vides ou remplis de spores, et dans l'autres des ramifications de mycélium existant sous forme le lignes sinueuses et s'enroulant quelquefois autour des oils à la manière d'une plante grimpante.

Dans l'herpès circiné les poils sont moins altérés, se brient moins aisément et conséquemment sont plus faciles à racher. Les spores y sont plus petites, plus rares, plus irrélières; quelquefois même on ne les trouve que dans les uames épidermiques. Plus souvent aussi elles s'accompatent de ramifications de mycélium.

Dans le sycosis, l'altération des poils est poussée au derer degré. Ainsi on n'y trouve plus ni racine, ni capsule, ais il est rare d'y apercevoir des spores et des tubes de mylium; quelquefois cependant on y rencontre des granulans petites et irrégulières qui paraissent être des débris de ores et que M. Gruby a décrites comme étant les organes producteurs d'un champignon particulier, le *microsporon entagrophytes;* nous répéterons que MM. Ch. Robin et Bazin it démontré que ce n'était qu'un trichophyton altéré, nous loptons leur opinion, et c'est pour cette raison que nous rons décrit, sous le même nom, ces trois affections.

Une fois établie, la trichophytie a une tendance très grande persister indéfiniment. Elle gagne de proche en proche les arties voisines ou les points du corps les plus éloignés qui ont té exposés à la contagion. Ainsi, il n'est pas rare de renontrer de l'herpès circiné sur le dos des mains chez des

sujets qui portent à la figure de la trichophytie sycosique ou circinée, et nous avons déjà signalé l'existence fréquente de plaques d'herpès, chez les mères qui soignaient leurs enfants atteints d'une teigne tonsurante.

Abandonnée aux seules ressources de la nature, la trichophytie se termine quelquefois spontanément, c'est même ce qui arrive le plus ordinairement quand elle se présente à l'état d'herpès circiné chez la femme ou chez l'enfant ; cette terminaison est beaucoup plus rare quand la maladie a revêtu la forme sycosique ou tonsurante. Cependant chez certains sujets, faute sans doute de trouver un terrain favorable à son développement, le parasite s'étiole et cesse de se reproduire ; dans le plus grand nombre des cas, il ne disparaît qu'après avoir détruit le follicule pileux et avoir produit une alopécie incurable. Souvent, il est vrai, ce résultat, quelque défavorable qu'il soit, n'est obtenu qu'au bout d'un temps très long, et chez certains individus la maladie persiste pendant dix, quinze ans, et même davantage.

Il est intéressant d'étudier les rapports qui peuvent exister entre les différentes variétés de trichophytie. M. Bazin professe que ces trois affections ne sont que des degrés divers du développement des parasites : ainsi, pour lui, l'herpès circiné est le premier degré de la maladie ; l'herpès tonsurant en est le second et le sycosis en est le troisième. Il nous est impossible d'accepter sur ce point l'opinion de notre collègue. Très souvent, en effet, on voit le sycosis se développer cinq ou six jours après l'apparition d'une simple tache rouge, et quelquefois même on le voit survenir d'emblée sans avoir été précédé ni d'herpès circiné, ni d'herpès tonsurant ; dans d'autres cas, on observe de l'herpès circiné qui siége des mois entiers à la barbe sans entraîner d'éruption sycosique : les différences d'âge du parasite ne peuvent donc

pas servir à nous expliquer les différents aspects que présente la maladie.

Si, au contraire, nous comparons les manifestations diverses sous lesquelles se produit le cryptogame avec les différents siéges qu'il occupe, nous obtiendrons peut-être une explication plus satisfaisante. Ainsi l'herpès circiné se rencontre de préférence sur des parties recouvertes de poils follets, on trouve surtout l'herpès tonsurant au cuir chevelu, et la barbe est habituellement le siége du sycosis. Toutefois cette règle n'est pas générale et elle souffre de nombreuses exceptions. Sans parler des cas d'herpès circiné qu'on observe à la barbe et aux parties génitales, et que nous avons déjà mentionnés, l'herpès tonsurant et le sycosis peuvent se rencontrer simultanément, chez l'homme et chez la femme, sur toutes les parties recouvertes de poils.

De tous ces faits il résulte que les conditions de reproduction et de germination du trichophyton sont encore loin d'être parfaitement connues. L'âge du parasite et le terrain varié qu'il occupe exercent une influence qu'il n'est pas encore possible de préciser.

Le *diagnostic* de la trichophytie donne quelquefois lieu à de sérieuses difficultés, surtout quand il survient des éruptions concomitantes qui viennent masquer les caractères du parasite. Aussi est-il important de se rappeler que l'herpès circiné et l'herpès tonsurant se présentent sous forme de disques arrondis, à disposition centrifuge et ayant toujours une circonscription parfaitement limitée. Dans l'herpès tonsurant les poils, brisés à quelques millimètres de la surface de la peau, sont décolorés et difficiles à extraire ; dans le sycosis, au début de la maladie, les poils sont également brisés et entourés d'une gaîne blanche, presque exclusivement parasitaire, et quel que soit le degré de l'affection, il

est rare qu'on ne retrouve pas encore quelques poils avec ces caractères; l'épilation est en outre ordinairement facile.

Enfin, si le doute persistait encore, l'examen microscopique montrerait dans les squames de l'herpès, et dans la gaîne blanche qui entoure les poils, tous les caractères du parasite, tandis que les poils eux-mêmes présenteraient ces nodosités, ces renflements et ces altérations diverses dues aux ramifications cryptogamiques.

Les affections avec lesquelles on pourrait confondre la trichophytie sont : l'*impétigo*, les *éruptions syphilitiques* et les *autres maladies parasitaires.*

Le sycosis et l'impétigo ont fréquemment les mêmes siéges : dans le sycosis les tubercules sont isolés et s'accompagnent de gonflement sous-cutané, au-dessous des croûtes on trouve des ulcérations, quelquefois même des fongosités, et les poils faciles à extraire présentent au microscope des altérations caractéristiques; dans l'impétigo, au contraire, les croûtes sont larges, étendues, sans gonflement sous-cutané persistant, les poils sont adhérents et ne présentent au microscope aucune altération.

Il est quelquefois difficile d'établir le diagnostic entre une maladie syphilitique et une maladie parasitaire, d'autant plus que le sycosis se présentera souvent sous formes de tubercules entourés d'une auréole cuivrée et siégeant surtout aux environs de la bouche. Il faut alors interroger le malade et chercher dans ses antécédents si l'affection n'a pas débuté par un herpès circiné, ou si les gens qu'il approche ne sont pas atteints de cette dernière maladie; dans le cas d'affections syphilitiques il est bien rare qu'on ne trouve pas sur le corps des éruptions concomitantes ou des cicatrices anciennes. Enfin, comme dernière ressource, l'examen microscopique lèvera toutes les difficultés.

Dans la pratique il est peu utile d'établir le diagnostic entre l'herpès tonsurant et le favus, car, dans ces deux cas, le traitement est le même. Quand l'achorion apparaît avec le caractère squameux et que les godets caractéristiques ont disparu, il faut attacher une importance à l'altération du poil : dans l'herpès tonsurant il se casse avec une facilité extrême, tandis qu'en général dans le favus l'épilation s'opère sans trop de difficulté.

Le *pronostic* de la trichophytie n'offre aucune gravité, car elle peut exister avec les attributs de la santé la plus parfaite. Cependant, abandonnée à elle-même, elle peut, sous la forme de l'herpès tonsurant et du sycosis, déterminer de l'alopécie par suite de l'atrophie du follicule pileux. Il faut donc, si l'on veut éviter cette infirmité, recourir promptement aux moyens thérapeutiques.

Les *causes* de la trichophytie sont prédisposantes et occasionnelles.

L'herpès tonsurant n'existe guère que chez les enfants ; pour notre part, nous n'en avons jamais rencontré sur le cuir chevelu chez l'adulte, mais nous en avons vu plusieurs exemples à la barbe.

Le sycosis est l'apanage exclusif de l'homme, à part quelques cas exceptionnels cependant où il a été donné d'en rencontrer aux parties génitales de la femme. Quant à l'herpès circiné, on le trouve indifféremment à tous les âges et dans l'un et l'autre sexe.

Si maintenant nous examinons l'influence exercée par les positions sociales, nous ne pouvons que répéter ce que nous avons déjà dit en traitant de la teigne faveuse, c'est que le parasite se développe surtout dans la classe ouvrière et chez des sujets qui, par suite de leur profession, ne peuvent prendre tous les soins de propreté désirables : la peau couverte

de sueur et imprégnée de poussière retient facilement les spores du cryptogame et paraît présenter, dans cet état, les circonstances les plus favorables à sa germination.

La seule cause efficiente de la trichophytie est la contagion ; elle s'opère, soit par le transport à travers l'air des organes reproducteurs, soit par le contact direct. C'est ainsi que la maladie se communique souvent par le rasoir, dans un baiser, et que, dans les pensions, le changement de coiffure est, pour les enfants, une source puissante de communication. Du reste, toutes ces maladies sont susceptibles de s'inoculer directement, et M. Deffis a pu déterminer l'éclosion des spores du trichophyton, en les portant sous l'épiderme avec la pointe d'une lancette.

Ces causes de contagion multiples nous expliquent parfaitement les épidémies de teigne tondante et d'herpès circiné qu'on rencontre parfois dans les pensions et dans les colléges ; elles nous donnent raison de l'affluence de sycosis et d'herpès circiné qu'on rencontre en ce moment à l'hospice de Bicêtre : la maladie a commencé dans le quartier des Vieillards et de là s'est étendue, par le moyen du rasoir, aux divisions des Aliénés.

Le *traitement* de la trichophytie est le même que celui de toutes les affections parasitaires. S'il y a des phénomènes inflammatoires trop tranchés, nous avons l'habitude de combattre d'abord la maladie par des applications émollientes : bains de vapeur, lotions ou cataplasmes émollients, quelques dérivatifs sur le tube intestinal. Nous recourons ensuite à l'épilation, mode de traitement que M. Bazin emploie toujours dès le début, après quoi nous faisons pratiquer, matin et soir, des lotions avec la solution de sublimé, dont nous avons précédemment indiqué la formule.

Dans le sycosis, l'épilation est en général facile ; elle pré-

sente plus de difficulté dans l'herpès tonsurant, mais, dans ce cas, on épile ce qu'on peut, puis on pratique des lotions au sublimé.

Dans l'herpès circiné, il serait souvent impossible d'arracher les poils follets, mais la guérison peut être obtenue sans épilation : il suffit, pour détruire le parasite, de faire des onctions avec une pommade au turbith (axonge 30 grammes, turbith 1 à 2 grammes). Nous employons de préférence une pommade sulfuro-alcaline comme dans la gale, à doses plus faibles cependant :

Axonge...	30 grammes.
Soufre	1 à 1,50
Sous-carbonate de potasse	0,25 à 0,50

Nous conseillons l'usage de ces onctions quelque temps encore après la guérison du sycosis ou de l'herpès tonsurant. Souvent, en effet, alors qu'on croit le parasite complètement détruit, il reste des spores qui ne tardent pas à repulluler, et c'est pour s'opposer à leur reproduction qu'il faut continuer assez longtemps les moyens parasiticides.

CHAPITRE III.

PORRIGO DECALVANS OU PELADE.

Willan décrivit, sous le nom de *porrigo decalvans*, une espèce de teigne dans laquelle il prétendit avoir observé des pustules au début; ces pustules qui, au dire du dermatographe anglais, n'ont jamais qu'une existence éphémère, n'ont pas été rencontrées depuis par d'autres observateurs. M. Cazenave a tracé le tableau de cette affection sous le nom de *vitiligo*, et l'a ainsi confondue avec une maladie très diffé-

rente ou plutôt avec une difformité de la peau, dans laquelle les poils sont décolorés, mais nullement altérés. Audouin, M. Gruby, ont rencontré dans cette affection un parasite végétal qui a reçu le nom de *microsporon Audouini*; M. Bazin a confirmé, par ses recherches, l'existence de ce cryptogame, et a désigné la maladie qu'il produit sous le nom de *teigne pelade*.

Nous pouvons donc définir la teigne pelade ou porrigo decalvans comme une maladie parasitaire, affectant le système pileux sur tous les points de l'économie où il se rencontre, et donnant lieu à diverses altérations spéciales dont une des plus importantes est la chute des cheveux, et la présence d'un duvet cotonneux à la surface du tégument affecté. Les parties malades, examinées au microscope, révèlent l'existence d'un cryptogame particulier, décrit sous le nom de *microsporon Audouini*.

La marche du porrigo decalvans permet d'y étudier trois degrés :

Dans le premier, les poils deviennent ternes, secs, moins luisants; ils sont d'une coloration moins prononcée, et leur extraction est plus facile. Très souvent alors la peau des parties malades se décolore, devient le siége d'un léger gonflement et présente à sa surface une matière blanche ou grisâtre, qui n'est autre chose qu'une poussière champignonneuse.

Dans le deuxième degré de la maladie, les poils tombent dans une plus ou moins grande étendue. Le cuir chevelu offre alors une altération particulière; il est gonflé, comme œdématié, mais cette hypertrophie n'est pas un véritable œdème, car elle ne conserve pas l'empreinte du doigt; presque toujours en même temps la peau est décolorée, toutefois cette décoloration n'est pas constante. M. Bazin

admet deux espèces de pelade : la *pelade achromateuse*, quand le cuir chevelu a perdu sa coloration ; la *pelade décalvante*, quand il l'a conservée; c'est du reste un phénomène peu important. Là où les poils sont tombés, il est facile d'observer un duvet très fin sur lequel on aperçoit, à contre-jour, une poussière blanche champignonneuse.

Dans le troisième degré, les poils ont complétement disparu et on ne trouve plus de traces de duvet ; le gonflement n'existe plus et la décoloration devient persistante; il se produit alors une atrophie du cuir chevelu et une alopécie irrémédiables.

Aux symptômes précédents, on peut ajouter que, dans le premier et le deuxième degré, il se manifeste ordinairement un prurit peu intense et une démangeaison facile à supporter.

La pelade existe habituellement sous forme de disques arrondis, entourés de parties saines, sur lesquelles les cheveux ne tardent pas à disparaître par suite de la tendance envahissante du parasite. Le cuir chevelu n'est pas exclusivement son siége, elle peut envahir toutes les parties recouvertes de poils, et on l'a même vue, dans certains cas, produire une alopécie générale ; ainsi, il y a quelques années, nous avons eu l'occasion d'observer un enfant atteint de cette affection, et qui ne présentait pas un seul poil sur tout le corps. On comprend que, dans ces conditions, le porrigo decalvans soit une maladie grave, et que, s'il ne porte pas directement atteinte à la vie, il produise du moins une difformité très fâcheuse.

Lorsque l'affection s'étend à la totalité de l'enveloppe cutanée, on voit fréquemment survenir des phénomènes généraux assez graves : ainsi les enfants perdent leur gaieté, maigrissent, s'arrêtent dans leur développement. Dans ces conditions, il est difficile de déterminer quelle est la cause

qui trouble si profondément l'organisme; en effet, est-ce l'extension démesurée du parasite qui envahit une surface trop grande et absorbe une quantité trop considérable de sucs nutritifs au détriment de l'individu? Ou bien l'altération de la nutrition est-elle primitive et favorise-t-elle seulement le développement du cryptogame? Jusqu'ici, ces questions n'ont pas reçu de solution satisfaisante.

La guérison de la teigne pelade survient spontanément quand les follicules pileux ont été détruits, et il en résulte une alopécie incurable : tel est du reste le seul espoir dans le troisième degré de l'affection. Chez certains sujets, la maladie ne dépasse pas le deuxième degré; les poils reprennent peu à peu leur force et leur aspect, le parasite disparaît entièrement et les cheveux repoussent avec leur coloration primitive; toutefois ce résultat est bien plus prompt et presque certain, alors que les poils follets peuvent être épilés et que l'application des agents parasiticides peut être faite d'une manière continue.

Les altérations cryptogamiques que l'on observe au microscope sont à peu près les mêmes dans cette affection que dans les autres maladies parasitaires; on y trouve des spores plus petites et moins nombreuses que dans la trichophytie, tandis que les ramifications de mycélium y sont en plus grande abondance. Le poil est également altéré; sa tige présente des renflements formés par des amas de spores, et sa racine, au lieu d'être bulbeuse, devient allongée et fusiforme; enfin, on reconnaît que cette matière blanche champignonneuse, qui couvre les plaques du porrigo decalvans et qui entoure les poils de duvet, est formée presque exclusivement par des spores.

Le *diagnostic* de la pelade est en général assez facile, car elle présente deux caractères pathognomoniques : la chute

des poils et l'existence du duvet; fréquemment en outre on trouve de la décoloration, du gonflement et une absence complète d'éruptions concomitantes.

Rarement la confusion sera possible avec l'herpès tonsurant et le favus; en effet, dans la première de ces affections, les poils sont cassés, la peau est colorée en brun et couverte de squames; dans le favus, il y a des croûtes, des godets, et les poils ne sont pas tous tombés.

Le porrigo decalvans pourrait-il être confondu avec le vitiligo? C'est une confusion qui a été faite par M. Cazenave: nous ferons observer d'abord que la pelade peut exister sans décoloration, et qu'ensuite, dans le vitiligo, si les cheveux ont perdu leur coloration, ils ont conservé leur longueur et leur épaisseur ordinaires; dans cette dernière affection, du reste, le cuir chevelu n'est le siége d'aucun gonflement.

Le *pronostic* de la teigne pelade offre une certaine gravité, car elle peut entraîner la destruction des follicules pileux, et l'alopécie est toujours une chose sérieuse. Dans quelques cas cependant, comme nous l'avons déjà dit, elle se termine favorablement sans l'emploi d'aucun moyen thérapeutique; ces cas, il est vrai, ne sont pas les plus fréquents, mais il est également assez rare de voir la maladie s'étendre à la totalité du système pileux; c'est surtout alors qu'on observe ces altérations dans la nutrition, qui apportent du trouble dans la santé de l'individu.

La pelade est une maladie essentiellement contagieuse qui, comme toutes les autres affections parasitaires, se transmet par un contact médiat ou immédiat, et nous devons insister d'autant plus sur cette contagion qu'il est encore aujourd'hui bien des médecins qui refusent de l'admettre; ainsi, dernièrement, nous avons pu observer un malade qui, sur la foi de son médecin, avait gardé à son service un do-

mestique atteint de teigne pelade au deuxième et au troisième degré, et qui, depuis, avait été affecté lui-même d'un porrigo decalvans de la barbe. Nous n'avons rien à dire des causes prédisposantes : l'âge, le sexe, le tempérament ne paraissent exercer aucune influence ; peut-être cependant la maladie est-elle plus fréquente chez les enfants.

Le *traitement* de la teigne pelade repose sur les mêmes indications que celui du favus et de la trichophytie : il faut recourir à l'épilation et aux agents parasiticides. Au premier et au deuxième degré de l'affection, on peut compter sur la guérison de la maladie, et les cheveux repoussent aussi beaux que précédemment ; souvent alors l'épilation est fort difficile, les poils de duvet se rompant sous la pince avec une facilité extrême. Dans tous les cas, il ne faut pas se borner à épiler les parties dénudées, il faut extirper aussi les cheveux environnants qui, atteints par la maladie, n'ont généralement qu'une assez faible adhésion.

Si la maladie était arrivée au troisième degré, tout traitement serait inutile, les cheveux ne pouvant pas repousser alors que les follicules pileux sont complétement détruits.

CHAPITRE IV.

CRASSES PARASITAIRES.

Parmi les affections parasitaires il en est une qui laisse intact le système pileux et qui siége exclusivement dans l'épiderme ; les cryptogames qui la produisent ont reçu le nom de *végétaux épidermophytiques*. Les diverses lésions produites par ces parasites ont été décrites et confondues sous les noms divers de ***pityriasis versicolor***, de ***crasse parasi-***

taire, de *taches hépatiques*, de *chloasma des femmes enceintes*, d'*éphélides des femmes enceintes*. Toutefois c'est à tort qu'on a employé cette dernière expression ; en effet les femmes enceintes sont atteintes de deux maladies : le *chloasma* dans lequel il y a des squames et de la démangeaison, et les *éphélides* qui sont dues à une simple altération pigmentaire sans aucun autre symptôme. Quant aux autres dénominations, elles seront pour nous synonymiques du pityriasis.

Le pityriasis parasitaire dit *versicolor* se présente sous forme de taches colorées en brun ou en jaune, légèrement saillantes au-dessus de la peau, et sur lesquelles l'épiderme s'enlève sous forme de squames, soit spontanément, soit à l'aide du grattage. Ces squames sont généralement assez minces et assez fines, leur coloration est presque toujours d'un brun foncé, et il serait plus juste d'appeler l'affection *pityriasis lutea;* en effet le pityriasis est jaune et c'est la peau qui offre un aspect versicolore. Dans quelques cas les squames sont noires et c'est un véritable *pityriasis nigra ;* cette dernière variété s'observe surtout chez les femmes enceintes.

Les plaques de pityriasis versicolor ne présentent pas seulement des différences très grandes sous le rapport de la coloration, mais encore sous celui du nombre et de l'étendue : ainsi, très nombreuses, isolées et peu étendues chez certains sujets, leur largeur dans ces cas peut ne pas dépasser celle d'une pièce de cinq francs ; chez d'autres, au contraire, une seule tache couleur café au lait couvre le tronc tout entier. Du reste, les contours de ces plaques sont en général sinueux et irréguliers, et n'offrent pas cette disposition circinée qu'on rencontre dans la plupart des affections parasitaires.

Le siége de prédilection des végétaux épidermophytiques est ordinairement le cou et le tronc, mais il en est qui, comme ceux du chloasma des femmes enceintes, ne s'observent jamais

qu'à la figure. Cependant ce siége n'a rien d'exclusif, et il est assez fréquent de rencontrer du pityriasis versicolor sur les membres et surtout sur les membres supérieurs.

Les végétaux épidermophytiques ne déterminent jamais de symptômes généraux, seulement ils s'accompagnent constamment de démangeaisons qui en général sont peu vives.

Si l'on soumet à l'examen microscopique les squames d'un pityriasis versicolor, on y trouve peu de spores à l'état de liberté, mais on y rencontre en quantité considérable, et mêlées à de nombreuses cellules épidermiques, des ramifications, les unes vides et les autres contenant des spores plus grosses que celles du microsporon Audouini. Les naturalistes ont donné au champignon dont les ramifications s'entre-croisent ainsi en tous sens, le nom de *microsporon furfur*, d'*épidermophyton*.

Une fois développé, le pityriasis versicolor a une tendance très grande à envahir les parties voisines, et s'il vient à disparaître, il récidive toujours avec la plus grande facilité. Ainsi, chez beaucoup de malades, cette affection apparaît tous les ans au commencement du printemps; un traitement convenable la fait disparaître au bout de quelques semaines, mais l'année suivante elle se reproduit avec les mêmes caractères, et il est des sujets qui depuis vingt ans sont soumis à ces retours périodiques.

Le chloasma des femmes enceintes disparaît ordinairement après l'accouchement ; dans quelques cas cependant on le voit persister et offrir même une résistance très grande aux moyens thérapeutiques.

Le *diagnostic* de cette affection est facile : elle se présente sous forme de plaques colorées qui sont le siége de démangeaison et de desquamation; le microscope y démontre peu de spores et beaucoup de ramifications.

Dans les *éphélides*, on ne trouve ni démangeaison, ni desquamation; dans les *pityriasis dartreux*, les squames ont une coloration blanche et ne présentent aucune trace de parasite. Enfin, il suffit pour éviter l'erreur, de signaler la possibilité de confondre le *vitiligo* et le pityriasis versicolor, dans les cas où l'on prendrait la partie saine pour la partie malade.

Le *pronostic* est peu grave, car la maladie cède ordinairement avec facilité aux moyens qu'on emploie pour la combattre. Cependant, dans quelques cas, il est difficile de la faire disparaître ; mais, comme elle siége ordinairement sur des parties qui ne sont pas exposées à la vue et qu'elle entraîne peu d'incommodités, les malades peuvent alors la conserver sans trop d'inconvénients.

Nous avons peu de choses à dire sur l'*étiologie* du pityriasis versicolor. Nous savons seulement que c'est au printemps que sa fréquence est la plus grande. Est-ce une affection contagieuse comme les autres maladies parasitaires? Cette question est difficile à résoudre, et en effet jusqu'ici nous n'avons eu l'occasion d'observer aucun exemple de contagion, et nous avons même vu plusieurs fois des sujets de sexe différent coucher ensemble, sans se communiquer la maladie.

Le *traitement* est très simple et les préparations sulfureuses suffisent parfaitement pour obtenir la guérison. On les emploie sous forme de bains ou de pommades :

Axonge....................	30 grammes.
Soufre sublimé..................	2 —

La pommade oxygénée ou nitrique produit les mêmes résultats. Enfin le parasite disparaît également en pratiquant des lotions de sublimé ou en prenant des bains additionnés de ce composé mercuriel. Peu de sujets sont rebelles à la

médication que nous venons d'indiquer, le chloasma des femmes enceintes surtout disparaît en général avec une grande promptitude.

Avant de terminer l'histoire des crasses parasitaires, il est utile de se demander quelle est la nature de tous ces pityriasis colorés. Sont-ce des maladies parasitaires au même titre que le favus et que la trichophytie? Nous répondrons sans hésiter d'une manière négative, car le rôle du champignon est ici tout différent de celui qu'il joue dans les maladies que nous venons d'énumérer.

Dans la marche et dans l'étiologie du pityriasis on trouve bien plutôt le cachet d'une affection dartreuse que d'une affection parasitaire. Ainsi on le voit toujours revenir chez les mêmes individus et à peu près à la même époque, au printemps; sa contagion est aussi fortement mise en doute, tandis qu'il est impossible de nier celle des autres affections. Nous avons donc une grande tendance à considérer ici le parasite comme se développant secondairement sur des squames d'une maladie dartreuse. Ce n'est pas, du reste, la première fois que nous faisons une observation semblable: ainsi dans quelques cas de pityriasis parfaitement dartreux, d'eczémas arrivés à la troisième période, nous avons pu observer des ramifications de mycélium aussi nombreuses et aussi abondantes que dans le pityriasis versicolor.

M. Bazin explique les récidives si fréquentes de la maladie par le développement de germes qui auraient échappé aux agents parasiticides. Mais il est bien difficile d'admettre que ces germes aient attendu un an pour se reproduire, tandis que nous voyons les germes de l'herpès circiné rester latents tout au plus pendant deux mois. Notre opinion est donc qu'ici le rôle principal est dévolu à la maladie dartreuse, et

que le champignon ne se développe consécutivement sur les squames, que parce qu'il y trouve un terrain favorable à sa production.

DEUXIÈME SECTION.

MALADIES CUTANÉES PRODUITES PAR LES PARASITES ANIMAUX.

Comme nous l'avons déjà dit, parmi les parasites animaux deux seulement donnent lieu à des maladies spéciales et dignes de fixer notre attention ; ce sont : le *pou*, qui produit la *phthiriase* ou maladie pédiculaire, et l'*acare*, dont la présence constitue la *gale*.

CHAPITRE PREMIER.

PHTHIRIASE OU MALADIE PÉDICULAIRE.

La phthiriase ou maladie pédiculaire se présente sous des aspects qui varient avec l'espèce de poux qui la produit ; en effet, ces animaux sont loin d'offrir des caractères identiques sur tous les points du corps où on les rencontre.

On connaît aujourd'hui trois espèces de poux qui peuvent vivre à la surface de la peau de l'homme, ce sont : le *pou de tête*, le *pou de corps* et le *pou du pubis*.

1° Le pou de tête (*pediculus capitis*) est cendré et a les lobes ou découpures de l'abdomen arrondis. Il est surtout fréquent chez les enfants et manifeste sa présence par une légère démangeaison qui entraîne toujours un peu de grattage.

Si le nombre de ces animaux est très considérable, ils

peuvent déterminer une irritation du cuir chevelu et une production de pustules et de croûtes impétigineuses; il est même une variété d'impétigo, l'*impetigo granulata*, qui s'accompagne presque constamment de poux, de sorte que souvent dans ces cas il serait impossible de dire si c'est l'impétigo qui attire les poux ou si ce sont les poux qui déterminent l'impétigo.

Dans les cas où les poux sont en très grande abondance, la tête est presque constamment le siége d'une sécrétion humide et visqueuse qui agglutine les cheveux. En même temps il n'est pas rare, par suite de l'inflammation locale, de voir des pustules d'ecthyma, des furoncles, se développer à la surface du cuir chevelu, et même de véritables abcès se former dans le tissu cellulaire sous-jacent. Ces abcès s'ouvrent spontanément et se recouvrent d'une croûte jaunâtre; or, quand on enlève cette croûte, il est arrivé quelquefois qu'on a trouvé la cavité de l'abcès remplie de poux.

Plusieurs auteurs qui ont rapporté de ces exemples, ont expliqué la présence de ces parasites par la génération spontanée. Nous ne croyons pas que cette hypothèse puisse être admise dans l'état actuel de la science, et rien jusqu'ici n'a suffisamment prouvé que les animaux inférieurs s'engendraient spontanément et par un mode de génération autre que celui qui règle la production des êtres d'un ordre plus élevé. Du reste, en cherchant à se rendre compte de ces faits, on n'a pas assez tenu compte de la rapidité avec laquelle les poux se multiplient, et il faut dire que chez certains sujets ils répullulent avec une facilité tellement effrayante qu'il est impossible de démêler leur mode de production.

Le pou de tête abandonne rarement le cuir chevelu; il y dépose ses œufs qui, sous le nom de *lentes* et sous forme de petites granulations grises et arrondies, adhèrent fortement

aux cheveux; parfois cependant on le rencontre à la nuque, mais rarement on le voit s'égarer jusque dans la barbe.

2° Le pou de corps (*pediculus vestimentorum* seu *corporis*) est d'un blanc sans tache et présente les découpures de l'abdomen moins saillantes que celles du pou de tête; d'un volume assez considérable, il se reproduit avec une rapidité plus grande encore que le précédent. On l'observe sur tous les points du corps qui ne sont pas trop recouverts de poils, et souvent aussi on le rencontre dans les plis des vêtements, surtout au col de la chemise.

C'est principalement chez des gens âgés et placés dans de mauvaises conditions hygiéniques que se développe ce parasite, mais cependant la classe aisée n'en est pas à l'abri, et l'histoire pourrait nous en fournir plus d'un exemple célèbre.

Nous ne nous étendrons pas plus longuement sur les accidents produits par le pou de corps, nous les avons suffisamment indiqués en faisant l'histoire du prurigo pédiculaire (p. 86).

3° Le pou du pubis (*pediculus pubis*) dont tout le monde connaît la dénomination vulgaire, plus aplati que les précédents, a le corps arrondi et large, le corselet très court se confondant avec l'abdomen. Il n'existe pas seulement au pubis, mais on le rencontre partout où il y a des poils : sur la poitrine des hommes velus, aux aisselles, sur les sourcils et même sur les cils.

Ces poux présentent ceci de particulier, qu'ils adhèrent intimement à la peau où ils se fixent par leurs suçoirs à la base des poils, ce qui les rend quelquefois difficiles à apercevoir. Ils manifestent leur présence par de la démangeaison et une éruption particulière qui consiste en petites taches rouges revêtues à leur surface d'une petite croûte de même

couleur. Cette variété de poux ne répullule jamais avec autant de facilité que les précédentes.

Pour faire disparaître le pou de tête, il faut commencer par couper les cheveux assez ras, et saupoudrer ensuite le cuir chevelu avec de la poudre de staphisaigre ou pratiquer des onctions avec une pommade mercurielle.

Chez les enfants, il n'est pas rare de voir les poux répulluler avec une ténacité très grande, pendant la convalescence d'une longue maladie ; il semble alors qu'il soit impossible de détruire tous leurs œufs ; dans ces cas, il faut changer les conditions hygiéniques et relever les forces en administrant un traitement général.

Le pou de corps disparaît facilement à l'aide de bains sulfureux ou de fumigations cinabrées; mais on le détruit avec plus de promptitude encore, en employant simultanément la poudre de staphisaigre.

Si les poux paraissent être sous la dépendance d'un état général, il faut chercher à modifier profondément la constitution ; cette condition est, il est vrai, souvent fort difficile à remplir, et l'histoire nous fournit l'exemple de plusieurs personnages fameux qui ont succombé sans pouvoir se débarrasser de cette triste affection.

Les poux de pubis sont facilement détruits à l'aide de frictions mercurielles ou de lotions au sublimé.

CHAPITRE II.

GALE.

La gale est une maladie cutanée caractérisée par des éruptions de différentes sortes, accompagnées de déman-

geaisons, et causées par la présence d'un insecte particulier désigné sous le nom d'*acarus*.

La gale paraît être aussi ancienne que le monde, et en effet, si nous consultons les textes hébreux, nous y trouvons la description d'une maladie contagieuse qui paraît être l'affection parasitaire que nous connaissons aujourd'hui. Hippocrate a laissé une description de la psore, et Aristote a décrit sous le même nom une maladie contagieuse par le contact.

Chez les Latins, Pline le Naturaliste et les poëtes satiriques de son époque ont parlé d'une maladie qui se gagnait par le contact, et nous voyons que plusieurs historiens, entre autres Quinte-Curce, en ont également fait mention. Cependant il faut arriver jusqu'aux Arabes pour trouver une bonne description de cette maladie : Rhazès, Averrhoès l'ont décrite de façon à ne pas la méconnaître, et c'est même dans les écrits de ce dernier auteur qu'on trouve mentionnée pour la première fois l'existence d'un animal particulier : *Oriuntur parva animalcula*, dit-il en un certain endroit, et ailleurs il ajoute : *Exeunt animalia tam parvuncula quam vix videri possint.*

Ambroise Paré mentionne cet insecte sous le nom de *ciron de la gale*, et Rabelais en parle dans son *Pantagruel*. Un auteur italien, Cestoni, en 1787, en a laissé une figure qui est très ressemblante. Linné indique également la présence du ciron de la gale, mais, chose assez singulière pour que nous devions la mentionner, il le considère comme identique avec la mite de la farine, et il avance même que les nourrices communiquent souvent la gale à leurs enfants en leur saupoudrant les fesses avec de la farine. Plus tard quelques auteurs allemands, et entre autres Wichmann, ont donné de l'acarus des dessins assez exacts.

Malgré toutes ces descriptions, l'acarus de la gale était mal connu, et son existence était même mise en doute par

la plus grande partie des médecins, quand, en 1812, un interne en pharmacie de l'hôpital Saint-Louis, Galès, prétendit avoir retrouvé l'acarus de la gale, et montra des insectes qu'il disait avoir rencontrés sur des galeux. Désireux de connaître ce parasite, les médecins de l'hôpital Saint-Louis, et entre autres Lugol, se livrèrent à des recherches suivies, mais n'arrivèrent à aucun résultat; cela tenait à ce qu'ils cherchaient l'acare dans les vésicules.

Le mémoire de Galès avait été couronné par l'Institut, quand M. Raspail vint accuser son auteur d'imposture, et prétendit que les insectes présentés et décrits n'étaient autre chose que la mite du fromage. A cette grave accusation et aux nombreuses attaques de M. Raspail, Galès n'a jamais fait de réponse, et ce silence obstiné, joint à la prétention d'avoir trouvé l'acare là où il n'existe pas, dans les vésicules, semble mettre tous les torts de son côté. Toujours est-il qu'à dater de ce moment la question sembla définitivement résolue, et l'on rejeta bien loin, dans le domaine des fables, l'existence du parasite de la gale.

Les choses en étaient là, quand, en 1834, un étudiant en médecine de la Corse, M. Renucci, vint prouver d'une manière certaine, à la clinique d'Alibert, l'existence de l'acarus; il démontra que dans son pays, où cette affection est très fréquente, cet insecte était connu de toute la classe pauvre; que, pour le rechercher, les mères exposaient leurs enfants au soleil, extrayaient cet animalcule avec la pointe d'une épingle et le tuaient ensuite avec leurs ongles. Mais il rendit surtout un service signalé, en appelant l'attention sur le sillon caractéristique et en démontrant l'existence de l'acare à une de ses extrémités.

Depuis cette époque, personne ne conteste la nature parasitaire de la gale, et un assez grand nombre d'auteurs sont

venus éclairer l'histoire de cette affection. Parmi les travaux les plus remarquables, nous mentionnerons ceux de MM. Albin-Gros, Aubé, Hebra (de Vienne), et plus récemment ceux de M. Bourguignon et de M. Lanquetin, qui ont donné sur les mœurs de l'acarus des notions fort intéressantes. C'est à l'aide de ces données et à l'aide des travaux thérapeutiques qui ont été entrepris par M. Bazin et par moi, qu'il nous sera possible de montrer que la gale est aujourd'hui une des affections les mieux connues dans sa nature et dans son traitement.

La gale signale son début par des démangeaisons qui, d'abord locales et bornées au ventre ou aux mains, ne tardent pas à devenir générales. Ordinairement faciles à supporter, elles acquièrent au bout d'un certain temps une intensité assez grande pour fatiguer les malades et pour occasionner de l'insomnie; c'est en effet surtout le soir que les démangeaisons redoublent, et cette recrudescence s'explique facilement par les mœurs de l'acare qui est noctambule et qui choisit surtout la nuit pour sortir de son sillon. Chez certains sujets, les démangeaisons cessent après quelques heures de séjour au lit et se reproduisent le matin avec une intensité nouvelle; il est rare qu'elles se fassent sentir pendant le jour.

Avec les démangeaisons qui annoncent la gale, on voit apparaître des éruptions diverses. La plus fréquente de toutes est, sans contredit, le *prurigo;* dans ces cas, il a des siéges de prédilection et affecte surtout les avant-bras, la partie antérieure de l'abdomen et la face interne des cuisses. D'après des relevés statistiques que nous avons faits dans notre service, sur *cent* galeux on en trouve *quatre-vingt-dix-neuf* qui sont atteints de prurigo.

Après cette dernière affection, la lésion qui accompagne

le plus constamment la gale est une éruption de *vésicules* isolées, légèrement acuminées et d'un volume égal à celui d'une grosse tête d'épingle. On les rencontre surtout aux mains, sur la face latérale des doigts et aux commissures interdigitales; les pieds peuvent en présenter également quelques-unes. Pour les willanistes, les vésicules constituaient l'élément anatomo-pathologique de la gale, mais, sur *dix* malades, il y en a toujours au moins *un* qui ne présente pas cette éruption.

L'*ecthyma* est, avec le prurigo et les vésicules, une des éruptions qui se montrent le plus fréquemment dans la gale, et on le rencontre surtout alors aux mains, aux pieds et aux fesses. Il est tellement constant de rencontrer ces pustules larges, arrondies et entourées d'une auréole rouge, sous l'influence de la gale, que pour nous, l'existence d'un ecthyma, et surtout dans les lieux que nous venons d'indiquer, annonce d'une manière presque certaine l'existence de l'acare. En effet, sur *vingt* cas d'ecthyma, *dix-neuf* reconnaissent la gale pour cause. Chez les enfants à la mamelle il existe surtout aux fesses, et ce siége s'explique facilement par l'habitude qu'ont les nourrices de porter les enfants dans leurs bras et par le point de départ de la maladie.

Du reste, toutes ces éruptions acquièrent une intensité d'autant plus grande que la gale est plus ancienne.

En dehors des éruptions précédentes, on voit parfois apparaître des *furoncles* et même de véritables *abcès;* plus rarement on voit se développer du *lichen*, de l'*eczéma* ou de l'*impetigo*. Dans ces derniers cas, il faut bien savoir que ce n'est pas l'acarus qui a produit les dartres, il a seulement agi comme corps irritant, et déterminé, par sa présence, l'éclosion d'une diathèse préexistante.

Pour terminer la symptomatologie de la gale, il nous reste de

à faire connaître ses deux caractères fondamentaux et pathognomoniques, l'*acarus* et le *sillon* qu'il s'est creusé.

L'*acarus scabiei* est un petit insecte de la classe des Arachnides, famille des Acarides, présentant à peu près un tiers de millimètre en longueur et un quart en largeur. Sa face supérieure bombée est, en général, rugueuse et armée de poils qui se redressent et l'empêchent de retourner en arrière quand il s'est engagé dans son sillon. La face inférieure présente huit pattes : les quatre antérieures sont armées de suçoirs dans les deux sexes, les quatre postérieures sont garnies de poils chez la femelle, tandis que chez le mâle deux seulement présentent ces appendices, la dernière paire présentant un ambulacre qui doit sans doute avoir pour but de fixer l'animal dans la copulation. L'extrémité antérieure est armée d'une espèce de ventouse.

Chez la femelle, dont le volume, comme dans tous les animaux d'espèce inférieure, est plus considérable que celui du mâle, on aperçoit facilement la fente anale à l'extrémité postérieure. Chez le mâle on voit, au lieu de cette fente, des appendices qui doivent constituer les organes de la génération.

Le mâle, comme nous venons de le dire, est beaucoup plus petit que la femelle ; il n'a pas non plus les mêmes habitudes ; ainsi, tandis que la femelle se creuse un sillon où elle demeure, le mâle voyage librement à la surface de la peau, se cachant parfois sous les croûtes d'ecthyma ou de prurigo ; aussi sa recherche est toujours assez difficile, et sa découverte ne remonte qu'à quelques années.

Le *sillon* caractéristique de la gale se présente sous l'aspect d'une petite ligne ordinairement sinueuse et ayant assez souvent la forme d'une virgule, d'un S ou d'un fer à cheval ; habituellement grise, elle est quelquefois blanche ou tache-

tée de points noirs qu'on a attribués fort hypothétiquement aux fèces des acares ; il est rare de rencontrer des sillons avec la direction d'une ligne droite. Leur longueur est fort variable, quelquefois de 5 à 6 millimètres seulement ; ils atteignent rarement plus d'un centimètre. Dans quelques cas exceptionnels on en a observé cependant qui avaient une longueur de 3 centimètres.

Il est important de savoir sur quels points de l'enveloppe cutanée les sillons doivent être recherchés. On les rencontre surtout à la main, sur les parties latérales des doigts et sur la face antérieure du poignet ; chez les femmes, qui, en général, ont un épiderme plus mince, on en trouve quelquefois à la paume de la main. Enfin, on peut en trouver aux aisselles, aux fesses, sur les membres inférieurs et principalement aux pieds, aux environs des malléoles ou près des orteils.

Les femmes en présentent assez fréquemment sur le sein, autour du mamelon, et souvent alors il se développe des papules assez grosses et une complication d'eczéma. Chez les hommes, il est habituel de rencontrer des sillons sur le fourreau de la verge et sur le gland ; ordinairement alors ils reposent sur une petite éminence arrondie qui simule une grosse papule : c'est qu'en ces points le tissu cellulaire est assez lâche, et l'irritation produite par la piqûre de l'acarus détermine un afflux de liquides.

Si l'on examine un sillon avec quelque attention, on y voit deux extrémités : une déchiquetée, ouverte, par où l'acarus a pénétré, et une autre fermée où l'on aperçoit un point blanc : ce point blanc, c'est l'acarus. Pour l'extraire, on détruit le sillon avec une épingle engagée dans le sens de sa longueur, ensuite on racle légèrement la galerie ouverte avec l'extrémité de l'instrument et on enlève un petit point d'un

blanc grisâtre qui n'est autre chose que l'acare. Avec un peu d'habitude on le reconnaît facilement à l'œil nu, et, à l'aide de la loupe, on peut lui distinguer une extrémité noire qui est la tête. Si la température n'est pas trop basse ou si on le réchauffe avec l'haleine, on peut, après l'avoir déposé sur un objet plus sombre, lui voir exécuter des mouvements ; enfin, si on le place sous le champ du microscope, on peut l'examiner jusque dans ses moindres détails.

Les rapports qui existent entre le sillon et la vésicule sont assez variables ; quelquefois cette dernière occupe l'extrémité d'un sillon ; dans d'autres cas, le sillon paraît creusé dans la paroi supérieure de la vésicule ; enfin, il n'est pas rare de voir ces deux éléments isolés et complétement indépendants l'un de l'autre. Lorsqu'il existe de l'ecthyma, le sillon peut également se rencontrer dans l'épaisseur de l'épiderme soulevé par le pus.

La gale possède une période d'incubation qui est assez variable ; cependant c'est ordinairement au bout de quatre, cinq, huit ou dix jours après la contagion que les démangeaisons commencent à se manifester. A mesure que les acares se multiplient, elles augmentent d'intensité, mais, en général, ce n'est qu'au bout de quinze jours ou de trois semaines qu'on voit apparaître les éruptions concomitantes dues à la présence du parasite.

Ces diverses complications, légères d'abord, sont d'autant plus prononcées que la gale est plus ancienne, et au bout d'un certain temps elles finissent même par masquer complétement les caractères primitifs de l'affection. Elles persistent et s'aggravent jusqu'à ce qu'un traitement convenable leur soit appliqué, mais, dans certains cas, une maladie intercurrente peut enrayer leur marche. C'est ainsi que dans le cours d'une bronchite aiguë, d'une pneumonie, d'une fièvre

typhoïde ou de toute autre maladie de longue durée, les éruptions diminuent d'intensité, disparaissent même complétement, les démangeaisons se taisent, et les acares cachés dans leurs sillons cessent d'en creuser de nouveaux.

Dans certains cas, la guérison peut être définitive ; mais, en général, dans la convalescence, lors même qu'elle ne commence qu'au bout de six semaines, les démangeaisons se réveillent, les sillons se reproduisent, les éruptions renaissent, et si alors on examine des acares, on voit qu'ils sont plus maigres, plus aplatis, comme s'ils avaient jeûné pendant quelque temps : ils ne tardent pas à reprendre leur volume ordinaire.

Le *diagnostic* de la gale est ordinairement facile. Il faut bien savoir cependant que cette maladie comprend deux choses fort distinctes : l'acarus, cause première de l'affection, et les éruptions concomitantes qui sont le résultat de sa présence ; le diagnostic de la gale doit reposer principalement sur la recherche de l'acarus et de son sillon.

Si un sujet accuse depuis quelques jours des démangeaisons qui sont plus intenses le soir et le matin et qui sont survenues à la suite d'un contact suspect, il faut songer immédiatement à la gale. Ce soupçon prendra plus de force, si l'on observe les éruptions qui, par leur siége et leur nature, appartiennent habituellement à la gale, par exemple le prurigo du ventre et de la face interne des cuisses. Le diagnostic sera plus probable, s'il se produit des vésicules isolées sur la face interne des doigts, et s'il se développe de l'ecthyma aux mains et aux pieds. Cependant l'existence d'un sillon dénotera seule avec certitude la présence du parasite ; ce signe est tellement caractéristique qu'il n'est pas nécessaire d'y trouver l'acare, et cette recherche ne pourrait avoir d'utilité que dans les cas où les sillons déformés offriraient un aspect douteux.

Il est inutile d'établir un diagnostic différentiel de la gale. n effet, il ne s'agit pas de savoir en quoi la gale diffère du rurigo, de l'eczéma, du lichen et des autres éruptions qui euvent la compliquer, mais la question consiste à savoir si gale existe en même temps qu'une de ces affections.

Il faut savoir que les éruptions concomitantes obscurcissent oujours considérablement le diagnostic de la gale, et qu'elles euvent même parfois le rendre complétement impossible. u début de l'affection, les sillons sont rares et difficiles à rouver, et à certaines époques de l'année, par exemple en té, ils sont toujours en nombre moins considérable. Dans ous les cas où le doute subsiste, il est bon de suspendre son ugement, un examen ultérieur pouvant amener la découverte le sillons plus fraîchement développés.

Le *pronostic* de la gale n'offre aucune gravité, et nous ommes éloignés du temps où on l'attribuait à un vice particulier qui pouvait se répercuter sur les organes. Son caractère le plus fâcheux réside dans ses propriétés contagieuses.

Etiologie. — La gale reconnaît une cause unique, la contagion. Les exemples de gale spontanée, qui ont été rapportés, reposent sur des faits difficiles à observer et mal interprétés par leurs auteurs. Ainsi un de nos collègues de l'hôpital Saint-Louis assure avoir vu la gale se développer sur un malade au bout de six semaines de séjour au lit dans ses salles, et à l'abri de toute contagion ; nous ferons remarquer que la gale pouvait parfaitement exister à l'entrée du malade, mais avec des signes peu évidents et d'autant plus difficiles à trouver que l'attention n'était pas éveillée sur ce point ; au commencement de la convalescence les démangeaisons se sont réveillées et les éruptions concomitantes se sont produites. Nous ajouterons également que dans l'observation de notre collègue l'existence de la gale est basée sur la présence de vési-

cules à la main et dans les espaces interdigitaux, et nous savons tous que ce signe est complétement insuffisant pour annoncer la présence de l'acare.

Quelles sont les conditions favorables au développement de la gale? Ces causes résident surtout dans les saisons, dans les positions sociales et dans les habitudes qu'elles entraînent.

La gale est beaucoup plus fréquente en hiver qu'en été. Ainsi, tandis qu'en hiver, aux deux consultations que nous faisons par semaine à l'hôpital Saint-Louis, nous observons chaque fois près de *quatre-vingt* galeux, en été il s'en présente à peine *dix*. Cela tient à ce que, dans les saisons froides, les ouvriers couchent plusieurs ensemble, tandis qu'en été ils s'isolent davantage.

L'influence des professions est telle qu'à Paris on rencontre presque exclusivement la gale dans la classe pauvre. Ce n'est qu'accidentellement qu'elle se présente dans les classes aisées. Du reste elle affecte indistinctement tous les âges; elle est plus rare chez la femme.

De tous les modes de contagion de la gale, le coucher avec une personne atteinte de la maladie est le plus fréquent; en effet, on l'observe *dix-neuf* fois sur *vingt*. Dans les autres cas, l'affection se communique au contact de la main en employant dans les ateliers les instruments qui ont servi à un galeux, ou bien encore en dansant la main nue.

Les nourrices donnent la gale à leurs enfants avec la main qui les soutient, aussi chez ces derniers est-ce ordinairement aux fesses que l'affection débute. Enfin, disons pour terminer que cette maladie parasitaire peut se manifester après avoir couché dans des draps malpropres, et que nous l'avons vue se développer à la suite d'un voyage en voiture publique qui avait établi un contact prolongé avec des gens qui en étaient affectés.

Si nous cherchons à nous rendre compte de la manière dont l'acarus se propage, nous verrons qu'au début les sillons sont rares aux mains, tandis qu'ils existent presque constamment à la verge chez l'homme En effet, c'est ordinairement sur ce dernier organe que l'acarus commence à se porter, il y excite de la démangeaison et s'attache sur l'ongle à la suite du grattage; de là il gagne les parties latérales des doigts et la face antérieure du poignet; de cette manière on comprend parfaitement pourquoi la gale se montre d'abord sur les parties moyennes du corps et comment elle s'étend de là aux extrémités.

La gale des animaux peut-elle se communiquer à l'homme? C'est une question résolue par la négative : en effet, d'après les travaux de M. Bourguignon, l'acarus des animaux ne présente pas les mêmes caractères que celui de l'homme, et il ne peut vivre sur un terrain aussi dissemblable. Cependant il n'est pas rare de voir atteints de prurigo les individus en contact avec des chiens ou des chats galeux; mais, dans tous ces cas, le parasite ne se reproduit pas longtemps à la surface de la peau, son existence est éphémère et la guérison se fait toujours spontanément.

Il y a quelques années à Paris les lions d'une ménagerie ambulante furent atteints de la gale et les palefreniers qui les soignaient présentèrent des éruptions diverses. D'après M. Bourguignon, l'acarus du lion est très ressemblant à celui de l'homme, mais il ne fut nécessaire d'employer aucun moyen pour le faire disparaître.

Traitement. — Pour guérir la gale, il suffit de détruire le parasite qui la produit, et l'on peut dire qu'aujourd'hui le traitement est arrivé à sa dernière perfection, puisque nous l'avons réduit *à moins de deux heures.*

Doit-on craindre, en employant un traitement aussi rapide,

de déterminer des accidents internes, de produire ce qu'on appelle une *gale rentrée* ? Sans hésiter, nous répondrons par la négative ; jamais la guérison de la gale n'a déterminé de répercussion sur les organes.

Dans le cas où elle a été accompagnée ou suivie d'éruptions de nature dartreuse, on doit admettre seulement qu'elle ait agi comme cause occasionnelle et qu'elle ait produit le développement d'une diathèse qui se serait manifestée plus tard. Il est donc toujours inutile de donner une médication interne, destinée à combattre le virus psorique ; une fois le parasite détruit, les éruptions qui en dépendent disparaissent ordinairement d'elles-mêmes avec la plus grande facilité.

Il faut établir, dans le traitement de la gale, deux catégories, suivant qu'elle est simple ou suivant qu'elle est compliquée ; dans ce dernier cas, on combat les éruptions inflammatoires concomitantes à l'aide des antiphlogistiques, de lotions émollientes ou de bains émollients généraux. Au bout de quelques jours, alors que l'acuité des éruptions a presque complétement disparu, on peut employer les agents parasiticides.

Les préparations les plus employées dans le traitement de la gale sont les composés sulfuro-alcalins, les pommades à base de mercure, les essences et surtout celle de térébenthine ; mais, ce qui importe le plus, ce n'est pas la composition de l'agent parasiticide, c'est la méthode avec laquelle on emploie les lotions ou les frictions. En effet, toujours les frictions doivent être générales et un peu rudes, de façon à détruire les sillons et à ce qu'aucun acare n'échappe à la médication. C'est parce que les médecins prescrivaient des frictions partielles et dans les points seulement où ils observaient des vésicules, que les récidives de la gale étaient si fréquentes autrefois.

Depuis que M. Bazin avait établi la nécessité des frictions générales, la guérison était devenue plus prompte et plus certaine, et à l'aide de cette méthode il avait pu réduire à deux ou trois jours le séjour des malades dans les salles de l'hôpital.

Nous avons fait mieux encore, et nous avons institué à l'hôpital Saint-Louis un traitement qui permet de guérir la gale *en une heure et demie* et de traiter les malades sans les admettre à l'hôpital.

Ce traitement comprend trois parties : dans la première, qui dure une demi-heure, le malade est frotté depuis les pieds jusqu'à la tête, avec du savon noir ; on le débarrasse ainsi de toutes les saletés attachées à sa peau ; après cette friction préparatoire, on le plo ge pendant une demi-heure dans un bain simple, qui lui ramollit l'épiderme, après quoi on pratique une friction générale avec une pommade qui ressemble à celle d'Helmerich, mais que nous avons modifiée de la manière suivante, pour la rendre moins irritante :

Axonge	300	grammes.
Soufre	50	—
Sous-carbonate de potasse	25	—

Elle contient, comme on le voit, un sixième de soufre et un douzième de sous-carbonate de potasse.

Les malades conservent la pommade jusqu'au lendemain, de manière à établir un contact prolongé qui achève de détruire les acares, et qui sert à désinfecter les vêtements. Ce dernier résultat serait bien plus facilement obtenu à l'aide de fumigations sulfureuses ou même simplement en faisant arriver sur les vêtements de l'air à une température élevée, les animaux inférieurs ne pouvant pas supporter, en général, une température supérieure à 80 degrés.

Dans la pratique de la ville il est souvent difficile de faire ce traitement ; on peut alors faire frictionner le malade avec des essences étendues d'eau ou de glycérine (*glycérine 200 gr., essence de menthe ou de lavande, etc.*, 3 *à* 4 *gr.*), ou mieux, comme nous avons l'habitude de le faire, de conseiller deux frictions faites à douze heures de distance avec la pommade sulfuro-alcaline dont nous avons donné la formule.

Dans ces divers modes de traitement, l'essentiel est toujours de recourir à des frictions générales pour atteindre l'acare dans tous les points où il peut exister.

Comme nous l'avons dit, toutes les complications de la gale disparaissent après la destruction de l'acarus ; toutefois, on facilite leur guérison à l'aide de bains simples ou rendus émollients par l'addition de son ou d'amidon. Par ces moyens, on arrive toujours à détruire les éruptions qui accompagnent la gale, mais on n'obtient pas toujours immédiatement la cessation des démangeaisons ; il est des individus chez lesquels elles persistent pendant des semaines, pendant des mois entiers, et quelquefois même on ne réussit pas à les soulager en continuant les bains simples ou en prescrivant des bains alcalins.

FIN.

TABLE DES MATIÈRES

FIN DE LA TABLE DES MATIÈRES

OUVRAGES EN VENTE CHEZ LE MÊME ÉDITEUR.

ALMAGRO, docteur en médecine, ancien interne des hôpitaux de Paris. **Étude clinique et anatomo-pathologique sur la persistance du canal artériel.** Mémoire accompagné de 3 planches dont une coloriée. Paris, 1862, in-4° de 118 pages.................... 3 fr. 50 c.

AUBURTIN, docteur en médecine, ancien chef de clinique de la Faculté de médecine de Paris. **Recherches cliniques sur les maladies du cœur,** d'après les leçons de M. le professeur BOUILLAUD, précédées de considérations de philosophie médicale sur le vitalisme, l'organicisme et la nomenclature médicale, par le professeur BOUILLAUD, membre de l'Académie de médecine, etc. 1 vol. in-8 de 458 pages... 3 fr. 50 c.

AUBURTIN. Recherches cliniques sur le rhumatisme articulaire aigu. 1 vol. in-8. Paris, 1860.................... 3 fr. 50 c.

BAUCHET, chirurgien des hôpitaux de Paris. **Anatomie pathologique des kystes de l'ovaire, et de ses conséquences pour le diagnostic et le traitement de ces affections.** Paris, 1859, in-4 de 162 pages. 3 fr. 50 c.

BAUCHET. Du panaris et des inflammations de la main. Paris, 1859, 1 vol. in-8, 2e édit., rev. et aug................ 3 fr. 50 c.

BAUCHET. Des lésions traumatiques de l'encéphale. Paris, 1860, in-8 de 200 pages .... 3 fr.

BAUDOT (Émile), docteur en médecine, ancien interne des hôpitaux de Paris. **Des doctrines médicales** professées à l'hôpital Saint-Louis en 1861. In-4 de 102 pages. Paris, 1862.................. 2 fr.

BAZIN, médecin de l'hôpital Saint-Louis, etc. **Leçons sur la scrofule,** considérée en elle-même et dans ses rapports avec la syphilis, la dartre et l'arthritis. 1 vol. in-8, deuxième édition, revue et considérablement augmentée. Paris, 1861.......................... 7 fr. 50 c.

BAZIN. Leçons théoriques et cliniques sur les affections cutanées parasitaires, professées à l'hôpital Saint-Louis, rédigées et publiées par A. POUQUET, interne des hôpitaux, revues et approuvées par le professeur. 2e édit., revue et augmentée. 1 vol. orné de 5 planches sur acier. Paris, 1862.. 5 fr.

BAZIN. Leçons théoriques et cliniques sur les syphilides, considérées en elles-mêmes et dans leurs rapports avec les éruptions dartreuses, scrofuleuses et parasitaires, professées à l'hôpital Saint-Louis par le docteur BAZIN, recueillies et publiées par Louis FOURNIER, interne de l'hôpital Saint-Louis, revues et approuvées par le professeur. 1859, 1 vol. in-8.. 4 fr.

BAZIN. **Leçons théoriques et cliniques sur les affections cutanées de nature arthritique et dartreuse**, considérées en elles-mêmes et dans leurs rapports avec les éruptions scrofuleuses, parasitaires et syphilitiques, professées à l'hôpital Saint-Louis par le docteur BAZIN, rédigées et publiées par L. SERGENT, interne des hôpitaux, revues et approuvées par le professeur. 1860, 1 vol. in-8°.................... 5 fr.

BAZIN. **Leçons théoriques et cliniques sur les affections cutanées artificielles et sur la lèpre, les diathèses, le purpura, les difformités de la peau**, etc., professées à l'hôpital Saint-Louis par le docteur BAZIN, recueillies et publiées par M. le docteur Guérard, ancien interne de l'hôpital Saint-Louis, revues et approuvées par le professeur. Paris, 1862, 1 vol. in-8.............................. 6 fr.

BAZIN. **Leçons sur les affections génériques de la peau**, professées à l'hôpital Saint-Louis par le docteur BAZIN, recueillies et publiées par M. le docteur BAUDOT (Émile), ancien interne, lauréat des hôpitaux, etc., revues et approuvées par le professeur. Paris, 1862, 1 vol. in-8. 5 fr.

BROCA (Paul), professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, chirurgien des hôpitaux, etc. **Études sur les animaux ressuscitants.** Paris, 1860, in-8 avec figures gravées.................... 3 fr.

CAVASSE, médecin adjoint des prisons de la Seine, etc. **Annuaire général des sciences médicales.** Les années 1857, 1858 et 1859, sont en vente. — Prix des trois années, 15 fr. 50 c.— L'année 1860 est sous presse.

CULLERIER, chirurgien de l'hôpital du Midi, etc. **Des affections blennorrhagiques, Leçons cliniques**, professées à l'hôpital du Midi, recueillies et publiées par le docteur ROYET, ancien interne de l'hôpital du Midi, suivies d'un mémorial thérapeutique, revues et approuvées par le professeur. Paris, 1861, 1 vol. in-8 de 248 pages.......... 4 fr.

DELEAU, médecin en chef de la Roquette. **Traité pratique sur les applications du perchlorure de fer en médecine.** Paris, 1860, 1 vol. in-8 de 272 pages.............................. 4 fr.

DESPRÉS, docteur en médecine, ancien interne des hôpitaux de Paris. **Traité de l'érysipèle.** Paris, 1862, 1 vol. in-8 de 230 pages. 3 fr. 50

DOLBEAU, professeur agrégé à la Faculté de médecine, chirurgien des hôpitaux de Paris. **De l'épispadias**, ou fissure uréthrale supérieure, et de son traitement. Paris, 1861, in-4 de 53 p. et 4 pl. représ. 12 sujets. 7 fr. 50

DOLBEAU. **De l'emphysème traumatique.** 1860, in-8........ 2 fr.

Essai critique et théorique de philosophie médicale, par S. P. 1 vol in-8. Paris, 1862............................ 7 fr.

FABRE, docteur en médecine de la Faculté de Paris. **Des moyens de progrès en thérapeutique.** Paris, 1861, gr. in-8 de 306 pages. 3 fr. 50

GRAVES. **Leçons de clinique médicale**, précédées d'une introduction de M. le professeur TROUSSEAU, ouvrage traduit et annoté par le docteur Jaccoud, médecin des hôpitaux de Paris, 2e édition, revue et augmentée. Paris, 1863, 2 vol. in-8.............................. 20 fr.

GROS (Léon) et LANCEREAUX. Des affections nerveuses syphilitiques. Paris, 1861, 1 vol. in-8 .... 7 fr.

Ouvrage couronné par l'Académie impériale de médecine de Paris.

GUENEAU DE MUSSY (Noël), médecin de l'hôpital de la Pitié, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, etc. **Causes et traitement de la tuberculisation pulmonaire**, leçons professées à l'Hôtel-Dieu en 1859, recueillies et publiées par le docteur WIELAND, ancien interne des hôpitaux de Paris, revues et approuvées par le professeur. Paris, 1860, in-8 .... 3 fr.

GUYON. Des tumeurs fibreuses de l'utérus. 1860, in-8 de 139 pages et 1 planche .... 2 fr. 50 c.

HARDY, médecin de l'hôpital Saint-Louis, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, etc. **Leçons sur les maladies de la peau**, dartres, scrofulides, syphilides, rédigées et publiées par le docteur MOYSANT, ancien interne des hôpitaux de Paris, revues et approuvées par le professeur. 2e édition, revue et corrigée. Paris, 1860, 1 vol. in-8...... 3 fr. 50 c.

JACCOUD, docteur en médecine. **Des conditions pathogéniques de l'albuminurie.** 1 vol. grand in-8 de 160 pages. Paris, 1860. 3 fr.

LANGLEBERT (Edm.). Nouvelle doctrine syphilographique. — Du chancre produit par la contagion des accidents secondaires de la syphilis, suivi d'une nouvelle étude sur les moyens préservatifs des maladies vénériennes. 2e édition, revue et augmentée du rapport de M. Cullerier à la Société de chirurgie. In-8. Paris, 1862. 2 fr. 50 c.

MALGAIGNE, professeur de médecine opératoire à la Faculté de médecine de Paris. **Leçons d'orthopédie**, recueillies par MM. GUYON et PANAS, prosecteurs de la Faculté de médecine de Paris, revues et approuvées par le professeur. 1 vol. in-8 accompagné de 5 planches dessinées par M. Léveillé. Paris, 1862 .... 6 fr. 50 c.

MATTEI. Clinique obstétricale, ou Recueil d'observations et statistiques. Paris, 1862. Les 3 premières livrais. sont en vente. Prix de chaque. 4 fr.

MORDRET, lauréat de l'Académie de médecine de Paris, etc. **Traité pratique des affections nerveuses et chloro-anémiques**, considérées dans les rapports qu'elles ont entre elles. Paris, 1861, 1 vol. in-8. 6 fr.

Ouvrage qui a obtenu un prix de l'Académie impériale de médecine de Paris.

MOURA-BOUROUILLOU, docteur en médecine de la Faculté de Paris. **Cours complet de laryngoscopie**, suivi des applications du laryngoscope à l'étude des phénomènes de la phonation et de la déglutition. Paris, 1861, 1 vol. in-8 de 100 pag. avec grav. explicatives. 2 fr. 50 c.

NÉLATON (Eugène), prosecteur de la Faculté de médecine de Paris. **Mémoire sur une nouvelle espèce de tumeurs bénignes des os**, ou tumeurs à myéloplaxes. 1 vol. gr. in-8 de 373 pages et 3 planches coloriées, 1860 .... 6 fr. 50 c.

NONAT, médecin de la Charité, agrégé de la Faculté de Paris, etc. **Traité pratique des maladies de l'utérus et de ses annexes.** Paris, 1860, 1 fort vol. in-8 de 900 pages avec figures dans le texte........ 12 fr.

Paris. — Imprimerie de E. Martinet, rue Mignon, 2.

LEÇONS

SUR

LA SCROFULE ET LES SCROFULIDES

ET SUR

LA SYPHILIS ET LES SYPHILIDES

PROFESSÉES A L'HÔPITAL SAINT-LOUIS

PAR

LE Dr HARDY

Professeur agrégé, chargé du cours de clinique des maladies de la peau,
à la Faculté de médecine de Paris,
Médecin de l'hôpital Saint-Louis, etc., etc.

RÉDIGÉES ET PUBLIÉES

Par le Dr Jules LEFEUVRE

Lauréat de la Faculté de médecine de Paris, ancien interne des hôpitaux, etc.

REVUES PAR LE PROFESSEUR.

PARIS
ADRIEN DELAHAYE, LIBRAIRE-ÉDITEUR
PLACE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE
1864

AVANT-PROPOS

L'hôpital Saint-Louis renferme toujours un grand nombre de malades atteints d'affections scrofuleuses et syphilitiques. J'ai profité de cette réunion de cas semblables au fond, quoique souvent très-différents dans la forme, pour tracer dans mes leçons l'histoire de la scrofule et de la syphilis. Tout en donnant la description des diverses affections qui dépendent de ces deux maladies générales, et en insistant principalement sur les manifestations cutanées, j'ai saisi également l'occasion de traiter les points de doctrine qui se rapportent à ces deux vastes sujets, et j'ai cherché à les résoudre en m'appuyant sur l'observation de faits nombreux, recueillis depuis plusieurs années sans autre préoccupation que celle de la recherche de la vérité.

Les affections scrofuleuses et syphilitiques sont très-communes; on en rencontre fréquemment des exemples dans la pratique médicale, et malheureusement beaucoup de médecins, d'ailleurs instruits et capables, ne les connaissent pas suffisamment; je serais heureux, si ces

leçons pouvaient contribuer à répandre des connaissances cliniques que je considère comme indispensables à tout médecin.

M. le docteur Lefeuvre, mon ancien interne, m'a beaucoup aidé dans cette publication : je le prie de recevoir ici mes remercîments pour le soin avec lequel il a recueilli mes leçons et exprimé mes opinions relativement à certains points litigieux de doctrine.

A. HARDY.

11 avril 1864.

LEÇONS

SUR LES

MALADIES DE LA PEAU

CHAPITRE PREMIER

INTRODUCTION A L'ÉTUDE DES MALADIES DE LA PEAU.

Pour bien connaître les affections de la peau, il ne suffit pas de voir des malades et d'observer l'origine et le développement des diverses éruptions; il faut encore avoir une méthode qui permette de se guider au milieu de variétés nombreuses, en établissant dans toutes ces affections, des classes, des catégories indispensables à l'étude de toute science. Ce sera par l'exposition de cette méthode que nous commencerons le cours de cette année, qui doit comprendre particulièrement l'histoire des scrofulides et des syphilides.

Mais, dès le début, nous sommes arrêtés par une difficulté première : en effet, nous trouvons à l'hôpital Saint-Louis autant de doctrines qu'il y a de médecins; de là une confusion regrettable. Aussi, pour remédier à cet état d'anarchie, nous étudierons d'abord les points les plus simples, les plus élémentaires, ceux sur lesquels tout le

monde est d'accord, et nous aborderons après les questions litigieuses.

Dans l'étude des maladies cutanées, on doit commencer par s'occuper de l'aspect des éruptions, des diverses formes qu'elles revêtent; ces formes, surtout au début, présentent des caractères assez tranchés, pour qu'on puisse les réduire à un petit nombre de lésions désignées sous des noms particuliers. C'est ce qu'on a appelé en dermatologie les *lésions élémentaires;* elles ont été bien étudiées d'abord par Plenk, puis par Willan et son école. On en a admis huit, qui sont : 1° les macules; 2° les taches exanthématiques; 3° les vésicules; 4° les bulles; 5° les pustules; 6° les papules; 7° les squames; 8° les tubercules.

Comme ces huit lésions élémentaires classiques ne renferment pas toutes les formes, nous avons ajouté les quatre suivantes : 9° les taches hématiques; 10° les excroissances; 11° les produits exagérés des sécrétions cutanées, sébacées ou sudorales; 12° les productions parasitaires.

Sans nous arrêter à la description de ces diverses lésions, qui se trouve dans tous les ouvrages classiques et dans mes leçons des années précédentes, nous dirons tout de suite que nous croyons cette classification des lésions élémentaires bien préférable à celle de M. Bazin, qui n'en admet que quatre : 1° les taches; 2° les boutons; 3° les exfoliations; 4° les ulcérations. En voulant simplifier, M. Bazin a trop confondu, et, de plus, ses quatre classes ne sont pas toutes admissibles. La première peut, à la rigueur, être acceptée; la seconde embrasse tant de lésions différentes, qu'elle produit une véritable confusion; dans la troisième, se rangent les

matières excrétées, mais le sens grammatical du mot exfoliation est *produit foliacé;* or, l'acné sébacée ne présente aucun feuillet. Enfin, les ulcérations ne sont pas des lésions élémentaires primitives, elles ne sont que la conséquence d'autres lésions.

En résumé, nous nous rattachons, pour l'étude des lésions élémentaires, à l'école willaniste, en ajoutant quatre nouvelles lésions aux huit décrites par Willan.

Mais il ne suffit pas d'avoir reconnu la lésion élémentaire, il faut encore savoir si elle est idiopathique ou symptomatique, si elle dépend d'une cause locale ou d'une cause générale; et, pour arriver à ce but, il faut ranger les maladies dans des groupes distincts, d'après les lois d'une classification méthodique, laquelle est indispensable pour avoir une idée complète de la dermatologie.

C'est ici surtout, quand on cherche une bonne classification des maladies de la peau, que l'on rencontre la division entre les médecins qui représentent aujourd'hui la science dermatologique à l'hôpital Saint-Louis. On peut les diviser en deux camps : les uns, faisant jouer le rôle principal aux lésions élémentaires, divisent les maladies cutanées en vésiculeuses, pustuleuses, etc.; les autres, s'attachant surtout à la nature de la maladie, ont fait bon marché de la forme en étudiant principalement les caractères fournis par les causes, par la marche, par les indications thérapeutiques, pour en faire la base des divisions nosologiques. Étudions d'abord les doctrines des premiers.

Plenk, médecin de Vienne, fut le premier (1776) qui

divisa les maladies de la peau d'après leur aspect extérieur; mais sa classification n'est pas exacte, parce que plusieurs de ses groupes ne sont pas formés de lésions primitives, mais d'altérations consécutives. Willan, médecin d'un dispensaire de Londres, doit être considéré comme le véritable auteur de la classification basée sur les lésions élémentaires. Sa doctrine fut développée par son élève Bateman, importée en France et popularisée par Biett, et elle est aujourd'hui représentée à l'hôpital Saint-Louis par MM. Cazenave, Gibert et Devergie.

La classification de Willan a eu de très-grands avantages : elle a apporté de l'ordre dans la dermatologie comprenant auparavant une foule de maladies confondues les unes avec les autres, elle leur a donné des noms bien déterminés, et elle a ainsi apporté dans le diagnostic une précision inconnue avant elle. Mais à côté de ces avantages, cette méthode présente de graves inconvénients.

La simplicité qu'elle semble avoir apportée pour le diagnostic, est plus apparente que réelle; car la lésion élémentaire a souvent une durée éphémère, et alors le médecin, appelé à constater le genre de maladie, ne trouvant plus cette lésion, est fort embarrassé. Du reste, est-ce bien philosophique de ne prendre pour base d'une classification que le point de départ de la maladie, n'est-ce pas comme si l'on classait les oiseaux d'après les caractères de leurs œufs (Alibert)?

La lésion élémentaire n'est pas toujours la même pour la même maladie, ainsi dans l'eczéma fendillé il n'y a pas de vésicules, dans l'acné on trouve des lésions élémentaires variées.

Cette méthode est complétement nulle au point de vue

du pronostic, et même elle peut induire en erreur : ainsi en présence des croûtes épaisses, des ulcérations étendues de l'impétigo, on pourra porter un pronostic grave sur une maladie qui guérira sans laisser de cicatrices; d'un autre côté, en présence d'une tache d'érythème scrofuleux d'apparence bénigne, on portera un pronostic très-peu grave sur une maladie qui doit durer longtemps, et qui ne guérira qu'à la condition de laisser une cicatrice indélébile.

Cette méthode ne donne aussi aucune indication thérapeutique; il faut prendre ces notions en dehors de la méthode willaniste, qui est sous ce rapport complétement stérile.

Enfin, il résulte de cette méthode un grand inconvénient nosographique : d'abord, on rapproche, on réunit dans la même classe des maladies complétement distinctes, comme la gale et l'eczéma, la variole et l'acné, etc.; on éloigne l'une de l'autre des affections analogues, telles que l'eczéma et l'impétigo; puis, en attachant une importance exagérée à la forme extérieure, à l'aspect, on multiplie à l'infini les genres, les espèces et les variétés; si la couleur, si la forme change un peu, tout de suite un nom nouveau. M. Devergie, qui ne voit que les formes morbides, a ainsi créé des genres trop nombreux, et donné des noms trop multipliés sans aucune utilité pratique. De même que dans toutes les autres parties de la pathologie, on ne doit décrire que les types, types qui sont modifiés par la constitution individuelle, les causes extérieures, etc.

Ce qui prouve encore les inconvénients de la doctrine des lésions élémentaires, c'est que la plupart de ses partisans ne l'ont pas adoptée dans toute sa rigueur, et ne se

sont pas fait faute d'exposer au besoin des principes qui s'en éloignent. Ainsi, M. Gibert reconnaît qu'il y a des maladies de cause externe, et d'autres dites spontanées ou de cause interne; il ajoute : « Une différence radicale existe entre les maladies constitutionnelles de cause interne, et les affections accidentelles et de cause externe; » de plus, il admet les maladies parasitaires. M. Devergie a formé une classification hybride : ainsi, à côté des affections vésiculeuses, pustuleuses, squameuses, etc., classées d'après les lésions élémentaires, nous trouvons les affections scrofuleuses, syphilitiques, cachectiques et symptomatiques d'une altération du sang. M. Casenave, qu'on peut considérer comme le vrai représentant de Willan, l'élève dévoué de Biett, a proposé une classification basée sur l'anatomie pathologique de la peau qu'il a étudiée avec un soin tout particulier; mais à côté, il admet la nature des maladies comme autre base de ses divisions, puisqu'il reconnaît des maladies inflammatoires, nerveuses, parasitaires, etc.

Nous pouvons résumer cette courte critique de la méthode de Willan, en disant qu'elle est un bon guide pour reconnaître la lésion élémentaire; mais, de même que l'auscultation est un moyen artificiel, qui fait reconnaître les différents bruits de la poitrine sans fournir aucune idée sur la nature de la maladie, de même les lésions élémentaires seules ne donnent qu'un signe diagnostique sans aucune utilité pour la pratique. Il ne faut pas s'arrêter là, il faut voir si cette lésion est idiopathique ou symptomatique, il faut étudier la nature de l'éruption; c'est ce que nous allons faire maintenant en parlant de la seconde doctrine.

Plusieurs auteurs, en présence de cette insuffisance de la méthode de Willan pour reconnaître les causes, la nature, le pronostic et la thérapeutique des maladies cutanées, ont cherché à grouper ces maladies d'après la considération de la nature présumée.

Lorry est le premier, qui, en 1777, divisa les maladies cutanées d'après leur nature, en deux grandes classes : les maladies provenant d'une cause interne, et les maladies provenant d'une cause externe. Malheureusement Lorry partageait les doctrines qui régnaient alors; il était humoriste, et il admettait que, dans les maladies de cause externe, cette cause externe allait vicier les humeurs après avoir agi localement; tandis que, dans les maladies de cause interne, la lésion des humeurs était primitive, et se traduisait par les éruptions cutanées. Nous ne pouvons aujourd'hui accepter de telles doctrines.

Joseph Frank a été plus loin; il a divisé les maladies cutanées en maladies aiguës et en maladies chroniques, et il a donné aux premières le nom d'exanthèmes, aux secondes celui d'impétigines. Il a ensuite subdivisé les impétigines en primitives, locales, comprenant les difformités et les affections de cause externe, et en secondaires ou symptomatiques d'un état général. Ces impétigines secondaires peuvent être inflammatoires, dartreuses, scrofuleuses, arthritiques, véroleuses, etc. Cette classification mérite de grands éloges, surtout dans la division des impétigines, où elle sépare les affections de cause externe de celles de cause interne; mais la division en aiguës et chroniques est mauvaise, car la marche ne change pas la nature d'une maladie, et d'ailleurs, quelques-unes de ses impétigines ne sont pas admissibles,

Alibert, médecin en chef de l'hôpital Saint-Louis, et notre maître, voyant l'inanité de la doctrine anatomo-pathologique de Willan, qui était alors en grande vogue, voulut considérer les maladies cutanées comme les maladies ordinaires, et étudier la dermatologie comme on étudie le reste de la pathologie. Il réunit alors dans les mêmes classes les maladies ayant le plus de caractères communs, ayant les mêmes causes, la même marche, demandant le même traitement; il chercha à faire, pour la dermatologie, ce que Jussieu venait de faire pour la botanique. Ce fut un véritable progrès; malheureusement il créa quelques ordres mauvais, et les progrès de la science ont imprimé d'autres défauts à sa classification; ainsi sa famille des *dermatoses scabieuses* est détruite par les découvertes dues au microscope; ses *dermatoses teigneuses*, parmi lesquelles se rencontrent toutes les maladies de la tête, ne sont pas toutes parasitaires et ne siégent pas seulement à la tête. De plus, Alibert pécha par trop d'imagination, il présenta sa classification sous la forme d'un arbre dont le tronc était la peau, les branches figurant les genres, et les rameaux les variétés des maladies cutanées; il prêta ainsi au ridicule, et comme il avait remplacé les anciens noms par des nouveaux peu euphoniques, l'école de Biett, alors toute-puissante, réussit à discréditer cette doctrine, et consolida le succès de celle de Willan.

Nous devons citer, en passant, la classification de Baumès (de Lyon), qui regarde toutes les maladies comme dues à des diathèses résidant dans une altération des liquides, et causant les maladies cutanées par les mouvements fluxionnaires qu'elles provoquent dans la peau.

Mais sans nous arrêter à discuter cette doctrine très-obscure, nous avons hâte d'arriver jusqu'à nos jours.

M. Bazin et moi, tous deux élèves d'Alibert, nous avons été frappés de l'avantage de sa méthode, dont les imperfections étaient dues surtout à l'époque où elle avait été créée. Laissant sur le second plan l'aspect extérieur des maladies de la peau, les lésions élémentaires, nous nous sommes surtout préoccupés de la nature de ces affections; les embrassant avec un esprit plus général, nous les avons étudiées d'après les principes de la pathologie, et nous avons adopté pour la dermatologie les mêmes doctrines que pour les autres maladies. Mais, partis du même point, nous sommes arrivés à des résultats un peu différents : nous allons d'abord vous exposer la doctrine de M. Bazin, puis nous l'examinerons au point de vue critique; et dans cette discussion des opinions de notre excellent collègue et ami, tout en signalant ce que nous considérons comme les imperfections de sa doctrine, nous tâcherons de ne pas oublier les services réels qu'il a rendus à la dermatologie.

Dès l'abord de cette exposition, nous sommes obligés de poser quelques principes de pathologie générale; M. Bazin, en effet, a donné de la *maladie* une définition toute nouvelle, et qui n'appartient qu'à lui : c'est, dit-il, *un état accidentel et contre nature de l'homme, qui produit et développe un ensemble de désordres fonctionnels et organiques, isolés ou réunis, simultanés ou successifs.* Il admet donc que la maladie est un état de tout l'organisme, un état général, qui produit et développe les *affections*, états morbides des parties du corps, caractérisés par les lésions et les symptômes. Il n'y a pas pour

lui de maladie locale, il n'y a que des maladies générales. Or, comme la peau ne forme qu'une partie du corps, elle ne peut pas avoir de maladies, elle ne peut avoir que des affections de cause externe ou des affections symptomatiques d'une maladie, d'un état général.

Cette distinction entre la maladie et l'affection est empruntée à l'école de Montpellier, mais elle est appliquée ici dans un autre sens. Dans cette école, on reconnaît en effet : 1° l'indisposition qui n'est qu'un trouble momentané de la santé, et qui disparaît rapidement, ou se change en affection ; 2° l'affection qui est l'état de l'organe malade ; et 3° la maladie qui existe quand il y a réaction, lutte de la force vitale contre l'affection. M. Bazin a fait remarquer avec raison que cette réaction, ce *conamen naturæ*, comme disait Sydenham, peut manquer, surtout dans les maladies graves ; aussi il n'a pas adopté cette manière de définir le mot maladie : pour lui, nous le répétons, c'est un état général, constitutionnel, sous l'influence duquel peuvent se développer les affections. Pour l'école de Montpellier, la maladie est la réaction contre l'affection, état morbide local ; pour M. Bazin, la maladie est l'état général préexistant, la cause constitutionnelle et primitive qui produit secondairement les *affections*.

Après avoir appliqué ces principes généraux à la dermatologie, et n'avoir admis que des affections cutanées, M. Bazin divise ces dernières en trois classes :

I. Les affections de cause externe, parmi lesquelles on remarque surtout les affections parasitaires, artificielles et mécaniques.

II. Les affections de cause interne, subdivisées en trois sections :

1° Les éruptions fébriles;

2° Les affections des maladies constitutionnelles qui sont : l'herpétisme, l'arthritis, la scrofule, la syphilis et la lèpre ;

3° Les affections des diathèses purulente, cancéreuse, tuberculeuse, etc.

III. Les difformités congénitales ou acquises.

L'objection capitale que nous ferons à la doctrine de M. Bazin, c'est d'avoir créé une pathologie générale à lui, pathologie qui n'est, ni celle de Paris, ni celle de Montpellier. Cette doctrine, avec son langage spécial composé de mots nouveaux, ou de mots anciens employés dans un sens différent, rend l'étude de la dermatologie très-ardue, et rend même difficile l'intelligence des opinions de notre collègue. Pour nous, nous ne saurions l'adopter, ni dans la forme, ni dans le fond : nous admettons, en effet, des maladies locales et des maladies générales, des maladies idiopathiques et deutéropathiques; et nous ne pouvons nous empêcher de considérer les affections locales comme des maladies, telles sont : l'ophthalmie, la blennorrhagie, l'orchite, etc. Pour nous, la maladie est un état anormal de l'économie, qu'il soit local ou général; l'eczéma, l'érythème sont pour nous des maladies comme la pneumonie, la pleurésie, etc.

Quant à la classification de M. Bazin, elle nous semble fondée sur une base insuffisante, car il n'envisage que le côté étiologique des états morbides. Or, une même maladie peut se développer sous des causes diverses, et, en faisant des espèces différentes selon les causes, on s'expose à des

répétitions, et l'on produit une confusion qu'on voit quelquefois régner dans les ouvrages de M. Bazin. Ainsi l'eczéma, qui pour nous est une entité morbide bien nette, est rangée successivement par lui dans les affections de cause externe, dans les affections parasitaires, dans les affections arthritiques, dans les affections herpétiques, dans les affections scrofuleuses; de même, le zona peut être pour M. Bazin un pseudo-exanthème, une affection dartreuse ou une arthritide : une arthritide, parce qu'il est souvent dû à l'impression du froid; mais il peut être produit par une émotion morale, et on le rencontre chez des gens non arthritiques. Pour faire du zona une affection dartreuse, il faut vraiment aller contre l'observation, car M. Bazin reconnait pour caractères aux dartres : l'hérédité, la symétrie des éruptions, la marche irrégulière, l'extension à tout le corps, les récidives, tous caractères qui manquent dans le zona, maladie idiopathique, bien limitée, d'un seul côté ordinairement, à marche précise et régulière. La seule raison pour laquelle il admet un zona dartreux, est sa guérison par l'acide arsénieux ; mais si ce médicament guérit les dartres, ne réussit-il pas encore dans la chorée, dans les névralgies, etc.; et de là, son emploi rationnel dans la névralgie qui accompagne le zona.

Pour établir toutes ces distinctions, M. Bazin se fonde sur des différences dans les diverses expressions du même genre nosologique; mais, au milieu de toutes ces variétés, où il ne voit que le côté étiologique, il ne fait pas assez attention au terrain sur lequel se développent les éruptions. Est-ce qu'une pneumonie se présente avec les mêmes symptômes chez un homme fort et vigoureux et

chez un individu débilité, chez un homme à tempérament sanguin et chez un lymphatique? Il en est de même pour les affections cutanées; la constitution, le tempérament jouent un grand rôle dans les symptômes : l'eczéma chez un individu sanguin présentera une rougeur vive de la peau, les vésicules seront bien nettes, la marche sera régulière, la réaction assez intense, avec un violent prurit; chez un sujet lymphatique, au contraire, la coloration sera peu prononcée, la marche lente, les vésicules se changeront en pustules, les croûtes seront épaisses, il y aura peu de réaction, peu de prurit. Certainement ces différences viennent des malades et ne constituent pas des espèces différentes, ainsi que le professe notre collègue. Et pourquoi M. Bazin ne va-t-il pas jusqu'au bout? Pour être logique, en effet, il devrait faire pour l'érysipèle comme pour l'eczéma, et admettre un érysipèle artificiel, arthritique, scrofuleux, etc.; car l'érysipèle chez un scrofuleux n'a pas les mêmes symptômes, ne présente pas la même gravité, et ne réclame pas le même traitement que l'érysipèle développé chez un sujet à constitution vigoureuse, à tempérament sanguin. Dans tous ces cas, il ne faut pas chercher une nature différente de l'affection, mais considérer le malade; il ne faut pas voir seulement la maladie, mais il faut étudier aussi le sujet qui en est affecté.

Pour nous résumer, nous dirons que le tort de M. Bazin est d'avoir un langage à lui, qui le rend difficile à comprendre ; de n'avoir considéré les maladies de la peau que comme des éruptions symptomatiques, secondaires, variant de nature suivant leur cause, et de ne pas avoir admis en nosologie cutanée des espèces fixes, bien déter-

minées. Ces reproches nous empêcheront donc d'accepter complétement les opinions nosologiques de M. Bazin, quoique nous rendions justice d'ailleurs aux progrès qu'il a imprimés par ses travaux à l'étude de la dermatologie.

Ayant ainsi examiné sous le rapport critique les diverses méthodes de comprendre et de classer les maladies de la peau, il nous reste à faire connaître le mode que nous croyons préférable à suivre pour les étudier; et après les reproches que nous avons adressés aux idées de nos devanciers et de nos contemporains, on aurait le droit d'être sévère pour nous; mais nous allons tâcher de tourner la difficulté en disant que nous ne croyons pas qu'on doive avoir une méthode spéciale pour étudier les maladies de la peau, et que nous pensons au contraire que, ces affections étant soumises aux mêmes lois générales pathologiques que les autres espèces nosologiques, on doit les étudier comme toutes les autres. Le tort des médecins dermatologues a toujours été de vouloir isoler les affections cutanées de la pathologie, de créer pour elles une classification à part, presque une langue à part; il est temps de proclamer que les maladies de la peau sont semblables à celles de tout autre appareil, qu'elles surviennent sous l'influence de causes analogues, qu'elles font souvent partie avec d'autres d'un même état morbide, que, comme toutes les autres variétés nosologiques, elles sont tantôt idiopathiques, tantôt symptomatiques, et qu'en un mot, dans leur description comme dans leur étude pratique, on doit suivre la méthode qui guide le praticien dans l'étude de toute maladie. Mais, nous dira-t-on, et la classification; quelle est celle qu'on doit

adopter? Après y avoir bien réfléchi, après en avoir proposé une comme tous les autres, je crois qu'il est sage de ne pas s'arrêter à une classification purement dermatologique, faite exprès et uniquement pour les maladies cutanées; il me paraît préférable de se servir tout simplement de la classification qu'on adopte pour toutes les espèces nosologiques, et d'y faire entrer les maladies de la peau. Dans cet ordre d'idées aussi opposé que possible à la spécialité, nous rangerons les diverses affections de la peau dans onze classes, lesquelles sont à très-peu de choses près, celles déjà proposées par nous dans le *Traité de pathologie* qui nous est commun avec M. Béhier.

Nous trouvons ainsi : 1° les *difformités*, qui ne sont pas à proprement parler des maladies; ce sont des vices congénitaux ou acquis, qui, une fois développés, persistent habituellement toute la vie sans trouble de la santé, et que l'on ne peut le plus souvent faire disparaître qu'en les enlevant avec le bistouri, ou en les détruisant avec les caustiques. Les principales difformités de la peau sont: les macules, telles que les éphélides, le lentigo, le vitiligo, l'albinisme, la nigritie; certaines tumeurs, comme les verrues, le molluscum, l'acné miliaire, les nævi; enfin l'ichthyose et la kéloïde.

2° Les affections *inflammatoires* de la peau sont des maladies simples, idiopathiques ou symptomatiques, mais indépendantes de toute cause diathésique. Dans la plupart des maladies de la peau, on rencontre des phénomènes appartenant à l'inflammation; mais, dans quelques unes, le caractère inflammatoire est subordonné à une cause spéciale, comme dans la variole, dans la syphilis, dans les maladies dartreuses et dans les maladies parasitaires;

nous ne plaçons pas ces maladies dans les inflammations, parce que le caractère phlegmasique est au second rang; mais nous considérerons, au contraire, comme rentrant dans les inflammations, les affections cutanées dans lesquelles les phénomènes inflammatoires sont prédominants : tels sont l'érythème, l'ecthyma, le zona, le pemphigus, l'acné, le strophulus, le prurigo. Le traitement consiste dans quelques antiphlogistiques locaux et généraux, et dans la médication substitutive, lorsque la maladie est passée à l'état chronique. Quelques-unes de ces affections sont toujours secondaires, comme le prurigo dû à des parasites ou à une affection nerveuse de la peau; dans ces cas, le traitement doit être dirigé contre la maladie primitive.

3° Les maladies *artificielles* sont des éruptions tantôt développées sous l'influence d'une cause externe, d'une certaine substance mise en contact avec la peau : telles sont les éruptions dues à l'huile de croton, au tartre stibié, etc.; tantôt provoquées par l'ingestion de certains médicaments, comme le cubèbe, le copahu, etc. Le traitement consiste à suspendre l'usage de la substance irritante, et à combattre l'affection locale par les moyens antiphlogistiques.

4° Les maladies *parasitaires* sont causées par la présence de parasites animaux ou végétaux. Les principales maladies sont : la phthiriase, la gale pour les parasites animaux; le favus, la tricophytie, la pelade, le *pityriasis versicolor* pour les parasites végétaux. L'indication précise est de détruire le parasite.

5° Les maladies *gangréneuses* consistent dans la mor-

tification d'une partie de la peau : tels sont le furoncle, l'anthrax, la pustule maligne, le charbon.

6° Les *congestions* cutanées sont assez rares, elles siégent le plus souvent à la figure, et elles sont ordinairement secondaires.

7° Les *hémorrhagies* de la peau comme les congestions sont le plus souvent secondaires : le sang se répand au dehors comme dans les sueurs de sang, ou bien reste dans le derme comme dans le purpura, dans l'affection mélanique de la peau.

8° Les *hypercrinies* ou flux peuvent présenter différents aspects; l'hypersécrétion ressemble à de l'huile dans l'acné sébacée fluente, et elle forme des croûtes dans l'acné sébacée concrète; on doit encore ranger dans les flux, les sueurs générales ou locales, et les sueurs colorées.

9° Les *névroses* de la peau forment une classe naturelle d'affections, tantôt idiopathiques, tantôt secondaires; ainsi l'urticaire existe tantôt seule, tantôt elle coïncide avec d'autres accidents nerveux ; l'hyperesthésie de la peau, l'analgésie, l'anesthésie rentrent aussi dans cette classe.

10° Les affections *cutanées fébriles* renferment :

A. Les *fièvres éruptives* que vous connaissez, telles que la variole, la rougeole, la scarlatine, etc.;

B. Les *pseudo-fièvres*, qui présentent aussi des phénomènes généraux, mais dont les phénomènes locaux sont moins généralisés et la marche moins régulière : tels sont l'érysipèle, les érythèmes papuleux, noueux et scarlatiniforme;

C. Les *éruptions fébriles*, qui se développent sous l'in-

fluence de la fièvre, n'offrent par elles-mêmes aucune gravité, et ne demandent aucun traitement : tels sont l'*herpes labialis*, les taches bleues, les taches lenticulaires de la fièvre typhoïde.

11° Les maladies *constitutionnelles* ne se développent jamais que par une cause générale, dépendante de l'individu ; les accidents sont toujours sous l'influence d'un état général, que l'on a appelé maladie constitutionnelle ou diathèse. Pour nous, ces deux mots ont la même signification, tandis que M. Bazin attribue à chacun un sens différent.

Les maladies constitutionnelles qui donnent naissance à des éruptions cutanées, sont au nombre de six :

A. Les maladies *dartreuses* dépendent d'un état général de l'économie qu'on désigne sous le nom de *diathèse dartreuse*. Leurs caractères principaux sont : l'hérédité, la symétrie des éruptions, leur marche irrégulière et extensive, leurs récidives fréquentes, et leur guérison sans cicatrices. Le traitement doit être en même temps général et local.

B. Les *scrofulides* sont des éruptions causées aussi par une diathèse, la *diathèse scrofuleuse*. Ces éruptions ont pour principaux caractères : la coloration rouge foncée, le gonflement du tissu cellulaire sous-jacent et périphérique, la marche chronique, la guérison avec des cicatrices déprimées et réticulées, et la nécessité d'un traitement général prolongé.

C. Les *syphilides* sont encore dues à une diathèse, la *diathèse syphilitique* quelquefois congénitale et le plus souvent acquise. Les principaux caractères des syphilides sont : la coloration spéciale, la forme arrondie, l'absence

de réaction locale, la polymorphie, la forme particulière des ulcérations, la coloration verdâtre des croûtes, les cicatrices superficielles. Le traitement est celui de la syphilis.

D. Les éruptions *pellagreuses* semblent appartenir à une véritable cachexie, caractérisée surtout par l'érythème dorsal des mains, par les troubles digestifs et par les accidents nerveux.

E. Les *léproïdes* sont dues à la maladie générale appelée *lèpre*, maladie encore assez mal connue dans tous ses détails.

F. Les maladies *cancéreuses* peuvent affecter la forme fibro-plastique, la forme épithéliale ou la forme cancéreuse, et elles se développent sous l'influence d'un état général que l'on a appelé *diathèse cancéreuse*.

Sans être spéciale, cette classification nous paraît avoir de grands avantages pratiques, en réunissant dans la même classe les affections qui ont la même origine, qui présentent des symptômes analogues, qui ont à peu près la même marche, et qui réclament le même ordre de moyens thérapeutiques; elle nous paraît surtout avoir un grand avantage sur les classifications fondées sur la seule considération des lésions élémentaires : en effet, par le système de Willan, on arrive seulement à nommer la maladie, mais on n'a aucune notion sur sa nature, sur sa gravité, sur le traitement qu'elle réclame; tandis qu'en rangeant les maladies cutanées d'après leur nature, dès qu'on sait qu'une affection appartient à telle ou telle classe, on a déjà une idée sur sa cause morbide, sur sa gravité et sur les moyens principaux de traitement qu'on pourra lui opposer. Nous répéterons encore que

cette manière de considérer et de classer les maladies de la peau, a pour nous le grand avantage de les faire rentrer dans le cadre de la pathologie ordinaire, et de rompre avec les idées de spécialité trop longtemps adoptées.

CHAPITRE II

DE LA SCROFULE.

Avant de commencer l'étude des scrofulides dont la description, jointe à celle des syphilides, doit être le sujet du cours de cette année, nous croyons devoir vous tracer un tableau succinct de l'histoire de la scrofule, considérée d'une manière générale. En effet, pour bien comprendre l'évolution, la marche, le traitement des éruptions cutanées scrofuleuses, il est indispensable de connaître la maladie générale, constitutionnelle, qui est la cause primitive et essentielle de leur apparition. Aussi nous allons commencer par vous faire un exposé rapide de cette diathèse, à laquelle on peut rapporter un grand nombre d'affections variables par leur aspect, par leur siége, mais semblables par leur origine et par leur nature.

Le mot *scrofule* vient du mot *scrofa, truie*, les engorgements ganglionnaires, qui surviennent chez les scrofuleux, étant très-fréquents dans l'espèce porcine.

La définition de la scrofule est très-difficile à donner, à cause de la diversité de siége et de forme des affections qu'elle engendre. Cependant nous croyons pouvoir la définir : une maladie générale, constitutionnelle ou diathésique, non contagieuse, donnant lieu à des affections soit simultanées, soit successives, ayant pour siége le plus habituel la peau, les ganglions lymphatiques, le

tissu cellulaire et les os, et caractérisées surtout par leur fixité, leur marche chronique, la tendance à la suppuration et à la destruction des parties atteintes.

Par cette définition, nous voyons que la scrofule comprend un grand nombre de maladies qui offrent des caractères communs, et qui dépendent toutes d'une altération générale, primitive et le plus souvent héréditaire. Pendant très-longtemps toutes ces maladies scrofuleuses furent étudiées séparément, comme des entités morbides. Au commencement du XVIIIe siècle, Sauvages et Bordeu regardèrent la scrofule comme n'étant pas constituée seulement par les écrouelles, mais comme pouvant amener encore d'autres maladies. Et cependant, ce n'est que dans ces derniers temps que l'on a étudié avec soin les maladies scrofuleuses, qu'on les a réunies, que l'on a reconnu leur nature spéciale, et que l'on a admis d'une manière définitive l'unité morbide de la scrofule.

Avant d'étudier les affections dues à la scrofule, nous devons décrire les caractères généraux de la scrofule elle-même, c'est-à-dire l'aspect général des individus scrofuleux ou qui sont prédisposés à quelque affection strumeuse. Ces caractères n'ont, d'ailleurs, aucune valeur, si on les prend isolément; mais par leur réunion, ils impriment aux malades un cachet spécial. C'est ainsi que la plupart des individus scrofuleux présentent les caractères suivants : ils ont la tête trop petite ou trop grosse, surtout à la partie postérieure; le front est souvent bas, les tempes sont aplaties. La face est pâle ou très-colorée, mais les couleurs sont comme plaquées, elles cessent brusquement; les traits sont gros, les lèvres sont

épaisses, surtout la lèvre supérieure ; les mâchoires sont larges, fortes ; le nez est épaté, il est gros à sa pointe et aplati à sa racine, et les narines sont étroites, ce qui oblige les individus qui présentent ces caractères, à respirer par la bouche ; les yeux sont habituellement d'un bleu tendre, ternes, sans expression ; les sclérotiques sont bleuâtres, les pupilles dilatées et les cils longs. Le système pileux est peu abondant et se développe tardivement ; on croit que les scrofuleux sont ordinairement blonds, mais assez souvent leurs yeux et leurs cheveux sont noirs.

L'habitude extérieure présente un défaut d'harmonie entre les diverses parties du corps ; ainsi la tête est trop grosse ou trop petite, les membres sont trop longs ou trop courts, la taille est très-élevée ou très-petite ; les nains et les géants sont habituellement scrofuleux. A l'âge adulte, les individus scrofuleux paraissent souvent plus jeunes qu'ils ne le sont, tandis que, pendant leur enfance, ils paraissent plus âgés, ressemblant quelquefois alors à de petits vieillards.

La poitrine est souvent étroite et le ventre très-gros ; les membres sont grêles, et s'ils sont plus forts, les chairs sont ordinairement flasques ; les articulations sont volumineuses, les mains et les pieds très-grands.

Du côté du tube digestif, on trouve fréquemment un appétit vorace, contrastant quelquefois avec une grande maigreur, ou une inappétence habituelle, principalement pour la viande ; et, comme le scrofuleux mange surtout avec plaisir des légumes, des fruits, du lait, il est difficile de fortifier sa constitution par une bonne nourriture. Chez plusieurs, il y a de temps en temps

de la diarrhée, qui alterne avec de la constipation.

Quelques enfants scrofuleux se font remarquer par le développement de leurs facultés intellectuelles ; ils sont gais, vifs, et apprennent avec facilité; mais chez d'autres, l'intelligence est assez bornée, et même elle peut être nulle. Le plus souvent ils sont mous, apathiques, et se fatiguent facilement; ils se tiennent mal et éprouvent des lassitudes spontanées, non soulagées par le repos.

L'accroissement du corps est ou très-retardé ou trop rapide. En général, ils arrivent plus tard à la puberté. Chez les jeunes filles, la menstruation est tardive, et elle commence par une dysménorrhée qui peut durer longtemps, et même pendant toute la vie menstruelle : elles ont souvent de la leucorrhée; chez les jeunes gens, les appétits vénériens arrivent tard, et habituellement sont très-peu développés.

Les scrofuleux présentent enfin très-facilement les signes de la chloro-anémie : leur sang est décoloré; il y a augmentation d'eau et diminution des parties solides, de la fibrine et des globules. De là, la pâleur de la face et la bouffissure que l'on rencontre assez souvent.

Tels sont les principaux caractères des individus prédisposés aux maladies scrofuleuses; cependant quelques scrofuleux présentent un aspect un peu différent : ils ont le teint frais et coloré, la peau blanche, les yeux grands, vifs et brillants, la physionomie gracieuse et un certain embonpoint. Ces caractères sont regardés par les familles comme les signes d'une très-bonne santé; mais nous devons les rattacher au tempérament lymphatique, et les regarder comme annonçant encore une prédisposition à la scrofule.

AFFECTIONS SCROFULEUSES.

Les affections locales de la scrofule, ou les *maladies scrofuleuses*, sont très-nombreuses ; elles peuvent attaquer les différents tissus, et envahir la peau, les muqueuses, le tissu cellulaire, les ganglions lymphatiques, les os et même les viscères. C'est cette diversité de maladies secondaires, qui a amené les médecins à les observer séparément, et à les regarder comme des entités morbides ; sous l'influence de l'anatomie pathologique, on étudiait surtout les lésions, et l'on a décrit séparément des arthrites, des ophthalmies, des ostéites, des adénites, etc., sans s'inquiéter de leur nature et du lien commun qui les unissait. Actuellement encore, certains médecins continuent à considérer ces affections comme idiopathiques, et refusent de les rattacher à une cause générale. C'est principalement à Lugol qu'on doit les connaissances que nous avons sur la scrofule ; c'est lui qui a institué les rapports de ces maladies entre elles, qui a fait ressortir leur parenté et leur dépendance d'une seule cause constitutionnelle.

Quelques auteurs ont suivi, pour l'étude des maladies scrofuleuses, l'ordre dans lequel elles se présentent le plus souvent ; mais comme cet ordre est loin d'être constant, comme nous le verrons plus loin en parlant de la marche de la scrofule, nous les indiquerons d'après leur siége anatomique.

1° Affections scrofuleuses des muqueuses. — L'*ophthalmie* scrofuleuse est un des symptômes les plus fréquents de la scrofule. Son début est ordinairement insi-

dieux ; il y a d'abord un peu de sensibilité de la vue, et le matin, au réveil, les paupières sont agglutinées. Bientôt le bord libre des paupières devient rouge, un peu tuméfié et quelquefois légèrement ulcéré; les glandes de Meibomius ont leur sécrétion exagérée; les cils tombent et repoussent plus minces, et souvent avec une mauvaise direction. L'inflammation peut s'étendre aux voies lacrymales et produire l'épiphora ou une tumeur lacrymale, qui plus tard amènera une fistule. La conjonctive palpébrale est affectée et se couvre de petites granulations, qui donnent au malade la sensation de grains de sable ou de graviers; la conjonctive oculaire devient rouge, et l'on y voit des faisceaux vasculaires étendus de la cornée à un angle de l'œil, l'externe le plus souvent : à la partie interne de ce faisceau, on remarque quelquefois une petite pustule que quelques auteurs ont considérée comme un signe caractéristique de l'ophthalmie scrofuleuse. Les faisceaux vasculaires peuvent se développer et former un ptérygion.

Lorsque l'inflammation a envahi la cornée, il y a du larmoiement et de la photophobie; la cornée devient louche, il se forme à sa surface de légères ulcérations, ou bien il y a une suffusion plastique ou purulente entre ses lames et, à la suite, une taie ou un albugo : la cornée ramollie peut donner naissance à un staphylôme; enfin, elle peut se perforer, et alors on a des adhérences et une procidence de l'iris, ou bien l'œil peut se vider et être réduit à son moignon.

Il est rare que l'ophthalmie scrofuleuse produise d'aussi graves lésions; le plus souvent, elle reste limitée aux bords libres des paupières, ou bien elle ne produit

qu'une conjonctivite chronique ou une kératite superficielle.

Le *coryza* scrofuleux succède souvent à plusieurs coryzas aigus; il est caractérisé par de l'enchifrènement, de la difficulté pour le passage de l'air, et le malade est obligé de respirer par la bouche : il y a un écoulement catarrhal abondant, qui s'écoule sur la lèvre supérieure, l'irrite et y produit souvent des exulcérations. Le liquide se concrète en croûtes, qui oblitèrent le conduit des fosses nasales, déjà diminué par le gonflement de la muqueuse.

La muqueuse est rouge, fongueuse; elle peut s'ulcérer; les os eux-mêmes peuvent être attaqués. Ces ulcérations durent longtemps ; elles produisent une rétention du muco-pus, qui donne cette odeur infecte qu'on rencontre dans la maladie désignée sous le nom d'ozène et de punaisie. Ces lésions ne sont accompagnées que d'une douleur obtuse et profonde, d'un sentiment de gêne dans la respiration, mais très-souvent elles aboutissent à la perte de l'odorat.

L'*otite* externe débute ordinairement par l'état aigu et persiste à l'état chronique ; elle siége le plus souvent d'un seul côté. Elle est caractérisée par la tuméfaction du conduit auditif externe et surtout par la sécrétion d'un liquide muco-purulent et par la surdité. Persistant très-longtemps, quelquefois toute la vie, cette inflammation peut déterminer la perforation de la membrane du tympan, et une otite moyenne avec carie, chute des osselets, et perte définitive de l'audition. L'otite moyenne coïncide souvent avec la carie scrofuleuse du rocher, surtout avec celle des cellules mastoïdiennes.

Les individus scrofuleux sont sujets à des *amygdalites*

gies par la pression des nerfs sensibles, de la dyspnée par celle de la trachée, l'asphyxie par la compression du nerf phrénique, etc. ; ces accidents sont possibles, mais ils sont très-rares ; le plus souvent ces tumeurs existent sans trouble dans la santé. Elles persistent quelquefois indéfiniment, en constituant plutôt une difformité qu'une maladie. A un moment donné, elles peuvent diminuer par un travail d'absorption, soit spontané, soit résultant plutôt d'une médication convenable. L'inflammation peut aussi s'en emparer et donner lieu à la suppuration et à l'ulcération.

Dans d'autres cas, ces phénomènes inflammatoires sont primitifs : les ganglions se gonflent, sont douloureux ; ils se ramollissent, la peau devient rouge, elle adhère à la tumeur, il se fait une ouverture qui donne issue à du pus, tantôt clair et séreux, tantôt épais, granuleux et caillebotté. Une fois l'ouverture formée, elle peut se refermer, mais elle ne tarde pas à se rouvrir, et il reste ordinairement une plaie fistuleuse plus ou moins grande, très-lente à se cicatriser ; très-souvent plusieurs ganglions s'enflamment ainsi simultanément ou successivement, et il en résulte des plaies multiples ayant le même caractère et la même marche chronique ; quelquefois aussi la peau, amincie dans une assez grande étendue, s'ulcère, et il se forme des ulcérations longues à guérir. Dans ces différents cas, les ulcères finissent cependant par se fermer, et l'on voit à leurs places des cicatrices déprimées, irrégulières, réticulées, et présentant une forme caractéristique, qui peut servir plus tard à établir un diagnostic rétrospectif.

suivants, que nous ne faisons qu'énumérer, devant y revenir plus loin : le siége profond de la lésion, la marche chronique, la tendance à l'ulcération et à la cicatrisation. Les cicatrices se forment lors même qu'il n'y a pas eu d'ulcération ; elles sont déprimées, enfoncées et réticulées, comme celles des brûlures ; quelquefois elles sont saillantes et kéloïdiennes, ou bien elles forment de petites tumeurs verruqueuses.

3° Affections des ganglions lymphatiques. — Les affections des ganglions lymphatiques sont le symptôme le plus fréquent de la scrofule, et le plus anciennement connu sous le nom d'écrouelles. Le siége le plus habituel se voit à la région cervicale ; on peut cependant observer des affections semblables aux aisselles, aux aines, aux mamelles, et partout où il se trouve des ganglions.

Les ganglions lymphatiques peuvent être affectés de deux manières : ils sont hypertrophiés ou suppurés ; ces deux formes se rencontrent, d'ailleurs, souvent simultanément ou successivement chez le même malade.

L'engorgement des ganglions sans suppuration est caractérisé par l'augmentation de volume des ganglions, qui acquièrent la dimension d'une cerise, d'une noix et d'un œuf de poule, sans qu'il y ait de douleur ; ils sont durs, élastiques et ne présentent pas habituellement d'adhérence à la peau. Ces ganglions hypertrophiés peuvent, par leur réunion, former des saillies énormes sur les parties latérales du cou ; on a cru que ces tumeurs pouvaient, par leur pression sur les organes internes, causer des accidents graves : des hémorrhagies cérébrales par la compression des vaisseaux cervicaux, des névral-

Les cicatrices qui succèdent aux abcès présentent la même forme caractéristique que celle des cicatrices des ganglions suppurés.

5° Affections des os. — La scrofule peut attaquer les os de plusieurs manières : au niveau des articulations, elle produit des tumeurs blanches; dans la continuité des os, elle cause l'ostéite et quelquefois la nécrose.

La tumeur blanche est un accident très-fréquent de la scrofule, elle attaque le plus souvent les grandes articulations; sa marche est très-lente, elle se développe spontanément, ou après l'action d'une cause traumatique. Il y a d'abord une douleur sourde, augmentant dans les mouvements, puis de la tuméfaction, de l'empâtement et un épanchement articulaire. Plus tard, l'inflammation s'étendant aux parties molles, il survient des abcès et des fistules. La tumeur blanche guérit rarement sans laisser de trace; ordinairement elle se termine par une ankylose complète ou incomplète; elle peut amener des luxations spontanées, des déformations de l'articulation; enfin elle peut se terminer par suppuration; alors, dans les cas les plus heureux, les malades conservent une ankylose, mais la mort peut survenir avec les symptômes de cachexie et de fièvre hectique.

L'ostéite scrofuleuse est aussi un accident fréquent; elle attaque principalement la colonne vertébrale, le sternum, les côtes, les petits os des pieds et des mains. Elle débute par une douleur sourde, profonde; bientôt on sent une tuméfaction, qui s'approche lentement de la peau, se ramollit, et il se forme un abcès local ou migrateur. Après l'ouverture de l'abcès, on a une fistule

plus ou moins profonde, et le stylet, lorsqu'on peut l'introduire jusqu'à l'os, donne la sensation propre à la carie.

La carie scrofuleuse a une marche très-lente, et elle peut entraîner la mort par l'abondance de la suppuration.

La nécrose scrofuleuse est rare; lorsqu'elle attaque le tibia ou le fémur, elle produit souvent ces séquestres invaginés, si difficiles à extraire, et qui causent fréquemment la mort des malades épuisés par la suppuration.

6° Scrofule viscérale. — La scrofule peut encore attaquer les viscères et produire le carreau, ou l'affection des ganglions mésentériques, le testicule scrofuleux, l'engorgement des mamelles, la phthisie scrofuleuse, etc.; mais il nous suffit d'indiquer ces affections, leur description nous mènerait au delà de notre sujet actuel.

On a voulu rattacher à la scrofule plusieurs maladies, que nous considérons comme ne faisant pas partie de son cortége symptomatique. C'est ainsi que quelques auteurs, parmi lesquels nous nommerons surtout Lugol, ont confondu les maladies scrofuleuses et les maladies tuberculeuses, parce qu'on rencontre assez fréquemment la tuberculisation chez les sujets scrofuleux. Mais on ne doit pas considérer ces deux maladies comme étant de même nature, parce qu'elles peuvent avoir le même élément anatomique, car alors on devrait confondre la carie scrofuleuse et la carie syphilitique. De plus, la marche, le siége, les complications, l'âge, ne sont pas les mêmes dans ces deux espèces de maladies. Nous admettrons cependant que les maladies tuberculeuses se développent plus fré-

quemment chez les scrofuleux, parce qu'elles y trouvent un terrain favorable; mais elles ne sont pas sous la dépendance de la scrofule, car elles se manifestent souvent en dehors de cette diathèse.

Nous dirons exactement la même chose pour le cancer; il trouve, chez le scrofuleux, une organisation favorable à son développement, mais il n'est pas produit directement par la scrofule.

On a encore souvent réuni la scrofule et le rachitisme, mais ce sont deux maladies bien distinctes. Le rachitisme arrive dans l'enfance, n'attaque que les os, les déforme et les incurve sans produire ni carie, ni nécrose, ni tumeur blanche; la scrofule est une maladie de toute la vie; elle attaque presque tous les tissus, et, dans les os, elle produit la carie, la nécrose. Il est donc impossible de les confondre, puisqu'elles n'ont ni la même origine, ni la même nature, ni les mêmes lésions.

Nous serons moins affirmatifs relativement au goître : si, d'un côté, on voit quelquefois des goîtreux qui ne sont pas scrofuleux, de l'autre, le goître et la scrofule sont endémiques dans les mêmes pays : et très-souvent on rencontre chez les goîtreux des affections scrofuleuses, ou les signes de la diathèse scrofuleuse.

MARCHE, DURÉE, TERMINAISONS, COMPLICATIONS.

Marche, durée. — La scrofule a une marche très-lente; on peut la considérer comme une maladie chronique à longues périodes. Elle dure autant que la vie; on naît et on meurt scrofuleux; la maladie constitutionnelle ne s'éteint qu'avec l'individu. Il n'en est pas de même de

ses manifestations; ces dernières, après avoir duré un temps toujours assez long, se guérissent, et l'individu peut rester une ou plusieurs années sans présenter la même affection ou une autre; il peut même arriver qu'il n'ait plus jamais de manifestations scrofuleuses. D'autres malades, au contraire, après un temps plus ou moins long, à l'occasion d'une cause accidentelle, seront atteints d'une conjonctivite, d'une carie scrofuleuse, etc. Ces maladies ont aussi une durée très-longue, mais elles sont curables, tandis qu'on ne peut que modifier la diathèse sans la faire disparaître complétement.

La marche de la scrofule semble être un peu influencée par les saisons; ainsi les manifestations du côté des muqueuses sont plus fréquentes l'hiver, tandis que les scrofulides se montrent particulièrement au printemps. Les climats chauds ont une heureuse influence, surtout pour les habitants des pays tempérés.

Pour mettre de l'ordre au milieu des nombreuses affections qui sont sous la dépendance de la scrofule, quelques auteurs ont cherché à les ranger dans un certain ordre d'évolution. Ainsi M. Bazin a divisé la marche de la scrofule en quatre périodes : la première renfermerait les scrofulides superficielles et les affections muqueuses catarrhales; la seconde, les scrofulides profondes; la troisième, les tumeurs blanches, les caries et les abcès par congestion; et la quatrième, les affections viscérales scrofuleuses, attaquant les poumons, le cerveau, le péritoine, les intestins, les ganglions mésentériques, les reins, etc.

Il est vrai que l'on observe quelquefois cet ordre dans le développement des maladies scrofuleuses, mais il y a

de trop nombreuses exceptions pour que nous puissions l'admettre d'une manière absolue. En effet, il est très-rare que toutes ces maladies se montrent successivement chez le même individu; souvent elles ne se montrent pas dans le même ordre : on voit en même temps deux maladies de deux périodes différentes; enfin, la scrofule peut ne se manifester que par une seule affection, une tumeur blanche par exemple. Et ne voit-on pas fréquemment la méningite tuberculeuse, considérée par M. Bazin comme une affection de la quatrième période, apparaître chez de jeunes enfants qui n'ont encore présenté aucun symptôme de maladie scrofuleuse?

Quelques auteurs, parmi lesquels nous citerons M. Velpeau, considèrent l'engorgement des ganglions lymphatiques, comme étant toujours consécutif aux éruptions cutanées, et ne se développant jamais primitivement et spontanément. Les ganglions peuvent, il est vrai, s'engorger, s'enflammer et suppurer après une scrofulide comme à la suite d'une plaie, par la propagation de l'inflammation au moyen des vaisseaux lymphatiques; mais nous avons vu trop souvent des individus avoir les ganglions engorgés, quoique n'ayant jamais présenté aucune éruption cutanée, pour ne pas admettre que l'engorgement peut être spontané et primitif.

Terminaisons. — Nous avons dit que la scrofule était une maladie constitutionnelle, durant autant que l'individu, aussi nous ne croyons pas que l'on puisse la guérir complétement; on peut modifier la constitution, éloigner ou empêcher les manifestations scrofuleuses, mais non pas faire disparaître la scrofule.

Quant aux affections qui se développent sous l'influence de la diathèse scrofuleuse, elles peuvent se terminer par la guérison ; mais il faut bien savoir que, le plus souvent, après un intervalle plus ou moins long de bonne santé, on voit la maladie reparaître, soit sous la même forme, soit au même siége, soit sous une forme ou dans un siége différent.

La mort peut arriver de plusieurs manières : elle peut être due à la marche progressive de la maladie, par l'altération générale de toutes les fonctions principales qu'on peut appeler la cachexie scrofuleuse ; la peau devient grise, terne ; il y a de l'inappétence, de la fièvre accompagnée d'un peu de diarrhée et de sueurs peu abondantes. Il y a de l'amaigrissement, mais d'une manière peu marquée ; en même temps, il se fait des épanchements dans les plèvres, dans le péritoine et dans le tissu cellulaire, et le malade succombe dans un état d'épuisement profond. La mort peut être due à une complication : nous citerons la méningite, survenant à la suite d'une carie du rocher, l'hémorrhagie consécutive à une ulcération, etc. Elle peut être produite par une maladie intercurrente, qui trouve le malade dans de mauvaises conditions, et offrant moins de résistance à une affection accidentelle.

Complications. — La scrofule peut se compliquer d'un certain nombre de maladies, qui exercent une influence favorable ou défavorable sur ses manifestations.

L'érysipèle se montre très-souvent chez les scrofuleux, et surtout chez ceux qui présentent des affections cutanées ; il est habituellement d'une très-grande bénignité,

et on l'a vu souvent déterminer la guérison d'affections anciennes. Les fièvres éruptives, la fièvre typhoïde jouent souvent le même rôle salutaire. Lugol croyait que ces fièvres étaient fâcheuses, parce qu'elles produisaient la phthisie, mais il confondait les maladies scrofuleuses et les maladies tuberculeuses.

La syphilis, qui survient chez des individus scrofuleux, est généralement plus grave et plus difficile à guérir; elle peut être l'occasion du développement des manifestations scrofuleuses ou en causer la récidive. Ces deux maladies cependant restent toujours distinctes; on peut facilement faire la part de chacune sur le même sujet. Elles ne se fusionnent pas, comme le veulent certains auteurs, pour produire des accidents mixtes.

Le favus se rencontre très-souvent chez les sujets scrofuleux, mais ce serait une erreur grave de le considérer comme un accident strumeux; ces deux maladies sont de nature tout à fait différente. Nous dirons seulement que le parasite de la teigne trouve chez les scrofuleux une organisation qui se prête à son développement et à sa propagation.

DIAGNOSTIC.

Si chaque manifestation de la scrofule a ses caractères particuliers, on doit savoir qu'il existe des caractères généraux qui se retrouvent dans toutes les affections scrofuleuses. Ces caractères doivent être étudiés d'abord relativement au *siége*. Ainsi un engorgement des ganglions lymphatiques, une affection osseuse, doivent faire immédiatement soupçonner la nature scrofuleuse de la mala-

die, tant il est fréquent de rencontrer la scrofule comme origine des affections siégeant dans les ganglions lymphatiques ou dans les os.

L'aspect des *ulcérations* présente surtout quelque chose de spécial : quel que soit le point de départ d'une plaie scrofuleuse, qu'elle soit consécutive à une lésion de la peau, d'une membrane muqueuse ou du tissu osseux, elle présente un aspect particulier : sa surface est pâle, blafarde; ses bords sont amincis, décollés et ce dernier signe est important, car il manque ordinairement dans les ulcérations de nature syphilitique : ces plaies existent sans douleur, sans prurit, sans signe d'inflammation locale; enfin la sécrétion elle-même a des caractères spéciaux : le pus, au lieu d'être blanc, épais, crémeux comme dans le phlegmon, est peu coloré, séreux, mal lié, et il contient des grumeaux, des débris de tissu cellulaire; quelquefois même on trouve au milieu quelques esquilles osseuses.

Les *cicatrices* elles-mêmes peuvent servir au diagnostic; celles qui succèdent aux maladies scrofuleuses, sont ou déprimées, irrégulières, réticulées, comme celles des brûlures ; ou bien enfoncées, en *cul-de-poule*, lorsqu'elles sont consécutives à des abcès ou à des fistules dépendant de lésions osseuses ; ou bien elles sont saillantes, tantôt pédiculées, tantôt volumineuses, blanches ou rougeâtres et constituant une des variétés de la kéloïde.

La *marche* des affections scrofuleuses est essentiellement chronique; elles ont une tendance à se perpétuer à la région où elles se développent, et à rester sous la même forme pendant très-longtemps. Ce caractère peut servir à distinguer ces affections de celles qui ont la sy-

philis pour origine, lesquelles ont, au contraire, pour caractère de changer souvent de forme et de siége.

Les phénomènes *antécédents* et les accidents *concomitants* sont encore très-utiles pour établir le diagnostic; souvent les différents caractères de la maladie ne sont pas assez nets pour faire reconnaître sa nature, et, alors, une manifestation antérieure, comme une ophthalmie scrofuleuse ayant laissé une taie sur la cornée, ou une lésion concomitante, telle qu'une tumeur blanche, viendra éclairer le diagnostic, en rapprochant l'affection douteuse de la maladie passée ou présente, dont le caractère est ou a été très-tranché.

PRONOSTIC.

Le pronostic de la scrofule est grave : c'est une maladie qui dure toute la vie, qui a des manifestions à longue durée, souvent mortelles, ou laissant le plus souvent après elles des difformités et des cicatrices indélébiles. Elle est grave encore, parce qu'elle est susceptible de se transmettre par hérédité, parce qu'elle constitue une disposition fâcheuse à une foule d'accidents, surtout pendant l'enfance, et parce qu'elle crée, dans certaines familles, un véritable vice pathologique, qui peut se retrouver d'une manière malheureuse dans de nombreuses circonstances.

La scrofule n'a pas toujours cependant une gravité aussi grande; certains scrofuleux peuvent vivre longtemps, et ne présentent que des accidents légers. Le pronostic variera d'ailleurs, selon un grand nombre de circonstances; ainsi la scrofule acquise est moins grave que

celle qui est héréditaire; celle qui arrive tardivement est souvent plus grave que celle qui a débuté dans l'enfance, parce qu'elle commence alors par une lésion osseuse. La scrofule à marche rapide et progressive est plus grave que celle dont la marche lente permet à la thérapeutique d'enrayer la maladie. Le pronostic est très-grave, lorsque l'amaigrissement avec bouffissure, les épanchements dans les séreuses, la fièvre hectique se déclarent et annoncent une lésion viscérale, ou au moins une altération profonde dans la nutrition. Enfin il varie selon les complications : ainsi nous avons dit que l'érysipèle, les fièvres éruptives étaient souvent favorables, tandis qu'on comprend combien sont redoutables les maladies du poumon, des intestins, des ganglions mésentériques et même du tissu osseux, avec désorganisation des parties molles environnantes et suppuration abondante.

ÉTIOLOGIE.

L'étiologie de la scrofule est très-intéressante à étudier, car à ce sujet se rattachent de grandes questions sociales, relativement au mariage, aux enfants, à l'hygiène publique, et aussi à la thérapeutique et à la prophylaxie.

Nous diviserons les causes en deux parties, les causes de la scrofule, et les causes des manifestations scrofuleuses.

A la tête des causes de la scrofule, nous devons placer l'*hérédité*, car c'est la cause la plus commune, celle que l'on rencontre presque toujours. L'hérédité peut venir des deux parents qui sont scrofuleux, ou d'un seul; dans

ce dernier cas, le père a beaucoup plus d'influence, et si c'est lui qui est scrofuleux, il y aura plus de chance pour que les enfants soient atteints de la maladie. Cette influence plus grande, exercée par le père sur le produit de la conception, ne doit pas étonner : c'est la même influence que l'on remarque dans le croisement des races des animaux, où les mâles jouent un rôle bien plus important que les femelles.

Tout en signalant cette influence de l'hérédité, nous ajouterons cependant que tous les enfants nés de parents strumeux ne sont pas nécessairement scrofuleux, même lorsque les deux parents le sont; quelques-uns peuvent échapper à cette influence, qui s'affaiblit encore lorsqu'un seul est affecté de la scrofule.

Pour donner naissance à des enfants scrofuleux, il n'est pas nécessaire que les parents soient eux-mêmes affectés de cette même diathèse ; il suffit qu'ils soient affaiblis par une cause quelconque. Ainsi des parents de constitution délicate, ceux qui ont un tempérament lymphatique trop prononcé, ceux qui sont affaiblis par une maladie chronique, comme par le cancer ou les tubercules, enfin tous ceux qui ont une altération profonde de la nutrition, peuvent donner naissance à des enfants scrofuleux.

Pour la même raison, des parents trop âgés, tous les deux ou un seul, peuvent produire des enfants scrofuleux, et cela, lorsque les premiers-nés engendrés plus tôt sont exempts de cette maladie. Il en est de même pour les parents trop jeunes, dont les premiers enfants sont atteints de la scrofule, tandis que les autres sont d'une bonne santé. C'est surtout aux deux degrés extrêmes de l'échelle sociale que l'on rencontre l'influence de cette

cause : dans les familles princières, où les mariages se font souvent entre des personnes trop jeunes, et dans les classes inférieures, où les unions sont souvent trop précoces, et produisent ces enfants scrofuleux, qui vont encombrer plus tard les établissements charitables.

Dans certains cas, on rencontre des enfants scrofuleux, et les parents semblent jouir d'une très-bonne santé; mais souvent alors, les parents sont atteints plus tard; on voit là ce qui arrive quelquefois pour la phthisie pulmonaire : des enfants sont frappés de cette dernière maladie, et quelques années plus tard le père ou la mère, jouissant jusque-là d'une bonne santé, succombe aux suites d'une tuberculisation. Dans ces différents cas, les enfants avaient reçu de leurs parents une prédisposition, qui s'est développée plus tôt chez eux que chez leurs auteurs, souvent par l'influence de causes accidentelles.

Les mariages consanguins, entre oncle et nièce, entre tante et neveu, entre cousins germains, sont encore une cause de la scrofule qu'on peut invoquer. On a cru remarquer que les enfants issus de ces unions étaient assez fréquemment idiots, épileptiques, sourds-muets ou scrofuleux.

Quelques auteurs ont encore admis que des parents idiots, épileptiques ou syphilitiques pouvaient produire des enfants scrofuleux. Cela n'est peut-être pas vrai d'une manière absolue ; ainsi la syphilis ne produit pas directement la scrofule; mais ces différentes maladies peuvent amener une détérioration telle de la constitution, que les parents se trouvent alors dans les conditions d'affaiblissement signalées plus haut.

Les nourrices scrofuleuses peuvent encore être une

cause du développement de la scrofule chez les enfants; nous trouvons là un exemple de l'influence qui se fait sentir sur le tempérament, sur la santé, et même sur le caractère des enfants, par le fait de la première alimentation.

Nous regardons donc l'hérédité comme la cause la plus fréquente de la scrofule. Mais nous croyons que cette maladie n'est pas toujours héréditaire; nous ne partageons pas l'opinion exclusive de Lugol qui admettait cette cause dans tous les cas, et qui, pour faire plier les faits à ses idées théoriques, expliquait par l'adultère les cas exceptionnels en apparence, dans lesquels les parents légaux étaient complétement exempts de la maladie qui affectait les enfants. L'hérédité est donc la cause la plus fréquente de la scrofule, mais elle n'est pas la seule.

La scrofule peut être *acquise*, et parmi les causes qui peuvent la développer, nous trouvons celles qui agissent sur toute l'économie : ainsi la misère, qui force à habiter un logement insalubre, à vivre avec une nourriture insuffisante, peut rendre scrofuleux des enfants nés bien portants et sans prédisposition morbide spéciale. L'humidité joue aussi un grand rôle : dans certains pays froids et humides, la scrofule est endémique, et l'observation fait voir qu'on la rencontre plus souvent dans les vallées que sur les montagnes. La privation d'air libre, la réclusion ont une influence fâcheuse sur les enfants et sur les jeunes gens dont le développement n'est pas terminé ; et l'on voit souvent la scrofule se développer dans les prisons, surtout dans celles qui renferment des enfants ou des adolescents.

La *contagion* de la scrofule avait été admise par

quelques auteurs anciens, mais cette opinion, qui est encore reçue dans le monde, est complétement abandonnée par les médecins; nous n'avons pas besoin de nous y arrêter.

Après avoir indiqué les causes principales de la scrofule, nous avons maintenant à parler des circonstances qui peuvent influer sur le développement de la maladie, qui peuvent faire naître ses diverses manifestations. En première ligne, nous trouvons l'*âge*. Les affections scrofuleuses se rencontrent souvent pour la première fois de deux à cinq ans; elles sont fréquentes de cinq à quinze ans, et vont en diminuant dans les années qui suivent. Cependant on peut en voir survenir chez des individus âgés de quarante et même de soixante ans, qui n'ont jamais eu d'antécédents scrofuleux. M. Dumoulin a fait un bon mémoire sur les manifestations tardives de la scrofule. Le plus souvent cependant, ces accidents surviennent chez des sujets déjà atteints antérieurement d'un ou de plusieurs symptômes de la même maladie. L'âge peut avoir encore de l'influence sur le siége des manifestations scrofuleuses : dans l'enfance, ce sont surtout les yeux et les membranes muqueuses qui sont attaqués; plus tard, les ganglions lymphatiques sont affectés; et, dans l'âge adulte, on rencontre plus souvent des lésions osseuses. Toutefois, il n'y a rien d'absolu dans cette proposition, et l'on voit fréquemment cet ordre interverti, souvent aussi la maladie sévit simultanément sur différents systèmes.

On rencontre la scrofule avec tous les *tempéraments ;* cependant nous devons signaler l'influence fâcheuse du

tempérament lymphatique que l'on rencontre fréquemment chez les scrofuleux.

La scrofule attaque les deux *sexes*, mais elle semble être un peu plus fréquente chez les femmes, peut-être parce que leur constitution est habituellement plus faible. Les femmes présentent plus souvent des ophthalmies et des scrofulides, tandis que les hommes paraissent plutôt atteints de tumeurs blanches, d'abcès froids, d'ulcères et de caries osseuses.

Nous devons encore signaler certaines époques de la vie comme ayant de l'influence sur l'apparition des manifestations scrofuleuses ; ainsi dans l'enfance, nous les voyons souvent apparaître pendant le travail de la dentition. Beaucoup d'auteurs ont signalé la guérison des accidents scrofuleux au moment de la puberté ; c'est un fait qui a été, en effet, constaté quelquefois, mais, souvent aussi, c'est l'inverse que l'on observe : principalement chez les enfants dont le développement est tardif, la puberté produit un accroissement rapide, qui les affaiblit, et les fait tomber dans un état de langueur favorable à l'apparition des manifestations scrofuleuses.

Certaines *maladies* jouent encore un certain rôle dans l'apparition des accidents de la scrofule ; on les voit souvent se développer avec la rougeole ou après la coqueluche. D'autres maladies ont un autre mode d'action : ainsi, consécutivement à l'eczéma et à l'impétigo de la tête, il existe un engorgement inflammatoire des ganglions cervicaux. Chez les sujets scrofuleux, cet état peut persister après la guérison de la maladie cutanée et devenir alors une manifestation de la scrofule. Il en est de même d'une plaie, et de toute cause d'inflamma-

tion des ganglions lymphatiques; une fois engorgés, ils peuvent persister dans leur tuméfaction, et la scrofule devient apparente.

Enfin, on a vu les manifestations scrofuleuses apparaître après une vive émotion, après une fatigue, un refroidissement ou la suppression des règles, et même après un coup ou toute autre cause traumatique. Toutes ces causes occasionnelles n'ont aucune influence sur la scrofule elle-même, mais attaquant des individus soumis à la diathèse scrofuleuse, elles provoquent chez eux l'apparition de maladies dérivant de cette cause spéciale.

TRAITEMENT.

Dans le traitement, nous avons deux parties à étudier, le traitement général qui s'adresse à la diathèse, et le traitement local qui présente des indications spéciales, selon le siége, l'espèce et la forme des manifestations. Nous nous occuperons d'abord du traitement général, qui est de beaucoup le plus important, et qui souvent suffit pour amener la guérison. Il comprend deux indications distinctes : les moyens prophylactiques qui s'adressent à la prédisposition scrofuleuse, la combattent et ont pour but de prévenir, autant que possible, les manifestations; et les moyens curatifs que l'on emploie contre la scrofule confirmée, après l'apparition des affections de nature strumeuse.

Les moyens *prophylactiques* proposés contre la scrofule, consistent surtout dans une bonne hygiène; les enfants scrofuleux habiteront la campagne, dans un lieu

bien aéré et exempt d'humidité ; ils prendront un exercice modéré, souvent répété, et n'allant jamais jusqu'à la fatigue ; le régime alimentaire sera très-fortifiant, il consistera en viande, œufs et en bon vin. On ordonnera de plus, au besoin, quelques médicaments reconstituants, comme le fer, le quinquina, les huiles de poisson ; enfin, on y ajoutera des bains excitants, tels que des bains salés, des bains aromatiques, des bains sulfureux. Souvent à l'aide de ce traitement prophylactique, on pourra éviter l'apparition des manifestations scrofuleuses, par les heureuses modifications que l'on amènera dans la constitution.

Lorsque la scrofule est déclarée, lorsque des manifestations existent, on doit tout d'abord prescrire un *traitement général*, indépendamment des indications spéciales que réclame l'affection locale. Le traitement général est très-important : en effet, souvent les moyens locaux, employés seuls pendant longtemps, ont peu d'action sur la maladie, tandis que les moyens généraux peuvent à eux seuls amener la guérison, et en tous cas préparent l'effet des moyens topiques. Aussi doit-on ne jamais négliger le traitement général, et lui donner plus d'importance qu'aux moyens locaux, qui n'ont souvent d'action heureuse qu'à la fin des affections, lorsque déjà la constitution est modifiée par les moyens qui agissent sur l'ensemble de l'économie.

Le traitement général doit être avant tout hygiénique, et il comprend, comme nous l'avons dit plus haut, une bonne nourriture, un bon air pur et vif, de la lumière, des distractions et surtout les exercices du corps. Lugol, le premier, a beaucoup insisté sur les heureux résultats

de l'exercice chez les scrofuleux, et il a obtenu de beaux succès en faisant marcher les malades, même ceux qui étaient atteints de tumeurs blanches des membres inférieurs.

Outre les moyens hygiéniques, on a vanté un grand nombre de médicaments pour la guérison des affections scrofuleuses, mais ils n'ont pas tous la même valeur au point de vue thérapeutique ; aussi, dans cette esquisse rapide, nous n'allons parler que de ceux sur lesquels on peut surtout compter.

On a l'habitude de donner aux scrofuleux des *amers*, tels que le houblon, la gentiane, et des *antiscorbutiques*, en particulier le cresson et les préparations de raifort ; ces médicaments que l'on ordonne ordinairement en tisane, en vin ou en sirop, n'ont qu'une action tout à fait secondaire, et l'on ne doit compter sur eux qu'en qualité d'adjuvants d'un traitement plus actif.

Le *soufre* a une action un peu plus énergique, mais il n'est pas toujours suffisant contre la scrofule ; aussi on le donne rarement à l'intérieur ; il est administré plus utilement sous la forme de bains sulfureux, qu'on emploie fréquemment avec avantage, soit qu'il s'agisse d'eaux minérales naturelles, soit qu'il s'agisse de bains artificiels préparés avec le sulfure de potasse.

Quelques auteurs, et surtout Lugol, ont considéré l'*iode* comme un spécifique ; malheureusement ce médicament n'a pas cette propriété absolue. Il est surtout utile contre les affections des os de nature scrofuleuse ; on l'emploie alors sous la forme d'iodures de potassium ou de fer. La teinture d'iode, l'iode métallique uni à

l'iodure de potassium dans une solution aqueuse, sont encore employés souvent dans les engorgements ganglionnaires, et dans quelques autres formes de la scrofule ; on les a vus quelquefois réussir, mais il ne faudrait pas trop compter sur leur efficacité constante.

On a vanté aussi le *fer* et ses diverses préparations : ce médicament ne paraît pas agir directement contre la scrofule, mais il peut être utile accessoirement chez les individus pâles, débilités, et surtout chez les jeunes filles scrofuleuses présentant les symptômes de la chlorose.

Le *mercure* a été conseillé par quelques auteurs : il faut savoir que son action est plus nuisible qu'utile ; en effet, par ses propriétés altérantes, il agit sur la crase du sang et peut affaiblir encore l'économie. Nous n'appliquons pas cette réprobation aux topiques mercuriels dont l'action est seulement locale ; les pommades mercurielles, l'emplâtre de Vigo, peuvent être utiles contre les engorgements scrofuleux.

A côté du mercure, parmi les altérants, on a encore conseillé les préparations d'*or*, qui ont été vantées par Lalouette et par Chrétien (de Montpellier), et plus récemment par MM. Legrand et Duhamel (de Paris). Ces auteurs ont employé le chlorure d'or à l'intérieur et à l'extérieur sous forme de pommade ; nous croyons peu à son efficacité.

Les *préparations alcalines*, comme le chlorure de baryum auquel Lisfranc attribuait une valeur particulière dans les affections osseuses, comme l'hydrochlorate de soude souvent employé par M. Cazenave, sont souvent utiles, employées à l'extérieur sous forme de bains ;

mais, à l'intérieur, leur action nous a paru bien insuffisante.

La *ciguë*, employée à l'intérieur sous forme de teinture ou d'extrait, et à l'extérieur sous forme de pommade ou d'emplâtre, constitue un bon moyen contre les engorgements ganglionnaires, mais elle ne paraît pas avoir une action bien évidente contre la scrofule.

Le meilleur traitement général, sans être cependant un véritable spécifique, consiste dans l'emploi des *huiles de poissons*, telles surtout que celles que l'on extrait des foies de morues, de raies, de squales; l'usage de ces huiles donne certainement les plus beaux résultats, soit qu'on les emploie seules, soit qu'on y associe d'autres médicaments, tels que les amers, le fer ou le quinquina. Tout en prescrivant ces huiles, il ne faut pas d'ailleurs oublier les soins hygiéniques, qui jouent un si grand rôle dans le traitement de la scrofule.

Enfin, nous devons encore signaler l'usage des eaux minérales, qui sont souvent conseillées avec avantage, surtout pour achever et consolider la guérison des accidents scrofuleux. Les eaux chloro-sodiques, telles que celles de Salins, de Nauheim, de Kreutznach, de Hombourg, etc., sont employées avec succès à l'intérieur et surtout à l'extérieur sous forme de bains et de douches. Les eaux sulfatées calcaires, comme celles de Louèche, ont une grande action sur les affections cutanées de nature scrofuleuse. Les eaux sulfureuses exercent aussi une heureuse influence sur la scrofule : elles sont indiquées contre les scrofulides, et principalement contre les lésions des os; on emploie surtout les eaux de Baréges, de

Luchon, d'Ax, d'Aix, de Schinznach et d'Enghein.

Le séjour au bord de la mer exerce une double action sur les scrofuleux, d'abord par l'air chargé de principes salins introduits dans l'économie par la respiration, et ensuite par l'action des bains. Lorsque l'enfant est trop faible pour supporter les bains à la lame, on donne des bains de mer chauds qui ont aussi un très-bon résultat. A Paris où l'on ne peut avoir une grande quantité d'eau de mer, on peut donner des bains d'eau de mer à l'hydrofère. Nous avons plusieurs fois obtenu de beaux succès par l'emploi de ce moyen, dans des cas graves et qui avaient résisté à d'autres médications employées antérieurement.

CHAPITRE III

DES SCROFULIDES.

M. Bazin et moi, tous deux à peu près en même temps, nous avons donné le nom de *scrofulides* aux manifestations de la scrofule vers la peau; nous les avons ainsi dénommées, à l'imitation du mot de *syphilides*, donné par Alibert aux manifestations cutanées de la syphilis.

Ce mot est nouveau, et il restera dans la science, car il exprime un fait vrai; mais il ne restera qu'à la condition qu'on lui gardera son exacte signification, c'est-à-dire qu'on ne l'appliquera qu'aux seules affections cutanées qui dépendent de la scrofule. M. Bazin est allé plus loin; il l'a appliqué non-seulement aux maladies cutanées toujours consécutives à la scrofule, mais encore à des affections qui se manifestent chez les scrofuleux, et qui ne sont pas sous la dépendance exclusive de la scrofule. En effet, cet auteur admet deux espèces de scrofulides, des scrofulides bénignes et des scrofulides malignes. Dans les scrofulides bénignes, il range l'engelure, l'érythème papuleux, l'érythème induré, le strophulus, le prurigo, le lichen, l'eczéma, l'impétigo, diverses formes d'acné; il suffit d'énumérer ces maladies, pour montrer qu'on les rencontre dans des circonstances morbides diverses, et qu'elles ne dépendent pas toujours de la scrofule.

Pour admettre les scrofulides bénignes, M. Bazin se

fonde sur quatre raisons principales : la fréquence de ces affections chez les scrofuleux, leurs caractères particuliers, leur transformation graduelle en scrofulides malignes, et le résultat du traitement antiscrofuleux. Voyons quelle est la valeur de ces raisons, et si elles ont l'importance que leur attribue notre collègue.

Ces affections se rencontrent souvent chez les scrofuleux, cela est incontestable, mais on les voit aussi chez des individus indemnes de scrofule; elles ne sont donc pas toujours sous la dépendance de cette diathèse, et elles ne méritent pas le nom de scrofulides. D'autres maladies, comme les verrues, le favus, sont très-fréquentes chez les scrofuleux, et cependant M. Bazin ne les regarde pas pour cela comme étant de nature scrofuleuse. Si toutes ces maladies se rencontrent fréquemment chez les individus scrofuleux, c'est parce qu'elles y trouvent un terrain favorable à leur développement, et non parce qu'elles sont d'origine scrofuleuse.

M. Bazin donne comme caractères spéciaux de ses scrofulides bénignes : l'absence de démangeaison, de cuisson, de douleur, de réaction locale, la lenteur de la marche, l'abondance des excrétions, l'épaisseur des croûtes, etc. Nous n'admettons pas ces caractères comme dépendant de la nature de l'affection ; ils sont dus au malade, au terrain sur lequel se développe l'éruption. En effet, une pneumonie chez un scrofuleux aura pour caractères particuliers : le peu d'intensité des phénomènes locaux, l'absence de réaction générale, une fièvre légère, une toux fréquente avec une expectoration abondante, une marche lente, une résolution difficile, etc. Admettra-t-on que c'est une pneumonie de nature scrofuleuse? non

évidemment; on dira que ces caractères particuliers sont dus au sujet sur lequel se développe la maladie, et non à la maladie elle-même. Il en est de même pour l'eczéma, le strophulus, qui se développent chez un scrofuleux; les caractères particuliers qu'ils présentent alors, nous semblent devoir être rapportés bien plutôt au malade qu'à la nature de l'affection.

Quant à la transformation graduelle des scrofulides bénignes en scrofulides malignes, d'un impétigo, par exemple, en scrofulide profonde, nous affirmons que si cela arrive, c'est un fait bien rare. Nous n'avons jamais vu s'opérer cette transformation, et toutes les fois qu'on a cru l'observer, cela ne doit-il pas être attribué à une erreur de diagnostic? Dans ces cas, on a désigné une scrofulide pustuleuse à son début sous le nom d'*impétigo*, et quand plus tard elle s'est étendue en profondeur, on lui a restitué le nom de *scrofulide maligne*, qu'elle aurait dû toujours porter.

Enfin, M. Bazin donne pour dernière raison les bons résultats que l'on obtient dans ces affections, par l'emploi du traitement antiscrofuleux. Cette action des antiscrofuleux est vraie, et nous les donnons nous-même dans les cas d'eczéma, d'impétigo, développés chez les scrofuleux, et comme notre collègue, nous avons de promptes guérisons. Mais nous n'en tirons pas comme lui la conclusion rigoureuse, que le résultat du traitement indique la nature de l'affection. Dans ces cas, nous modifions le terrain sur lequel la maladie se développe, et nous attaquons ainsi indirectement cette maladie. Nous obtenons le même résultat dans les affections syphilitiques : bien souvent, chez des malades scrofuleux, faibles, débilités, atteints de

syphylides et d'accidents concomitants, nous avons vu le mercure ne produire aucun effet salutaire ; dans ces cas, nous suspendions l'usage des mercuriaux, nous faisions prendre du fer, du quinquina, de l'huile de foie de morue, en un mot, nous instituions un traitement reconstituant, et nous voyions peu à peu tous les accidents disparaître. Devrait-on en conclure que ces affections, ces plaques muqueuses, ces syphilides n'étaient pas sous la dépendance de la syphilis, mais sous celle de la scrofule? non certainement. En agissant ainsi que nous l'avons fait, nous avons modifié le terrain, nous avons changé les conditions qui arrêtaient l'évolution naturelle de la maladie, et nous avons pu obtenir indirectement la guérison. Il en est de même des éruptions développées chez les scrofuleux; en nosologie et même en clinique, il faut les laisser dans les classes auxquelles elles appartiennent réellement, et ne pas les ranger sous la dépendance de la scrofule; ce qui revient à dire que, dans la médecine pratique, il y a deux choses importantes à considérer, savoir, la maladie et le malade.

Malgré les raisons alléguées par M. Bazin pour l'existence des scrofulides bénignes, nous ne croyons donc pas devoir les admettre, parce que les affections qu'il désigne ainsi se rencontrent le plus souvent en dehors de la scrofule, et parce que les caractères particuliers qu'il leur attribue, ainsi que les résultats heureux du traitement antiscrofuleux, nous paraissent s'expliquer, plutôt par la disposition générale du malade que par la nature spéciale de la maladie.

Nous réservons donc le nom de *scrofulides* aux affec-

tions cutanées qui sont sous la dépendance exclusive de la scrofule, comme les syphilides sont sous la dépendance de la syphilis, qui ne se développent jamais en dehors de cette diathèse, et qui doivent en faire reconnaître l'existence par le seul fait de leur développement.

Avant d'entrer dans la description de ces affections scrofuleuses de la peau, si nous examinons un instant la question du côté historique, nous devrons dire que dans les auteurs du temps de la renaissance, nous retrouvons les caractères des scrofulides dans plusieurs des maladies rattachées alors à la lèpre, et nous sommes persuadé qu'il existait dans les léproseries un certain nombre de scrofuleux mêlés aux véritables lépreux. Mais tout était confondu, et il est impossible de trouver, avant notre siècle, une description un peu claire de ces maladies. Willan et Bateman apportèrent un peu de lumière dans cette confusion, mais ils réunirent toutes les formes des maladies scrofuleuses cutanées en un seul genre, qu'ils désignèrent sous le nom de *lupus*, dont ils ne cherchèrent pas à apprécier la nature, et qu'ils rangèrent dans la classe des tubercules. Biett cependant, dirigé par son esprit éminemment pratique, reconnut que le lupus ne rentrait pas dans le cadre de la classification de Willan basée d'après les lésions élémentaires, et il en fit un ordre à part, reconnaissant ainsi une maladie d'une nature particulière, sur laquelle il n'osa pas se prononcer. Alibert ne sut pas non plus reconnaître la nature spéciale du lupus : il a placé l'esthiomène dans le groupe des dermatoses dartreuses, à côté de l'eczéma, du psoriasis, n'ayant pas aperçu la différence radicale qui existe entre les dartres et les maladies scrofuleuses.

Ce n'est vraiment que dans ces derniers temps que la nature scrofuleuse du lupus fut à peu près généralement admise. Nous ajouterons que ce mot de lupus nous paraît peu convenable : d'abord, parce que certains auteurs ont décrit sous ce nom des affections cutanées qui ne sont pas de nature scrofuleuse, et qui se rapportent à la syphilis, et surtout parce que, dans l'école de Willan, le mot de lupus, désignant une lésion tuberculeuse de la peau, ne comprend pas des maladies se rapprochant évidemment du lupus tuberculeux, mais dans lesquelles la lésion initiale est caractérisée par des pustules, des squames, et même par des taches érythémateuses. Aussi nous croyons utile de laisser de côté le mot lupus, et de donner le nom général de *scrofulides* à toutes les maladies cutanées développées sous l'influence de la scrofule, quelle que soit d'ailleurs leur lésion élémentaire.

CARACTÈRES GÉNÉRAUX DES SCROFULIDES.

Les scrofulides présentent un certain nombre de caractères, que l'on peut retrouver dans toutes les variétés, et qui sont indispensables à connaître pour le diagnostic de ces affections. Une des premières choses à noter, c'est qu'elles sont situées assez profondément dans l'épaisseur de la peau; jamais elles ne sont superficielles, elles attaquent les couches profondes du derme, aussi les ulcérations qui résultent des progrès de l'éruption s'étendent assez loin, et les cicatrices qui leur succèdent attestent une altération grave de la peau. Souvent elles ne se bornent pas au tégument externe, et elles peuvent même envahir les tissus sous-jacents.

Les scrofulides sont généralement *circonscrites* à une région ou même à une partie plus limitée, et elles ont peu de tendance à se généraliser, à l'exception cependant de la variété désignée sous le nom de *scrofulide tuberculeuse disséminée*. Elles s'étendent en largeur et en profondeur, mais persistent dans le même endroit, pendant plusieurs mois ou même pendant plusieurs années.

Les manifestations cutanées de la scrofule présentent une *coloration* spéciale : c'est une couleur rouge foncée, violacée, lie de vin, moins brune que celle des syphilides et moins rouge que celle des exanthèmes ordinaires. Cette coloration est surtout bien caractérisée autour des ulcérations.

Ces *ulcérations* présentent elles-mêmes plusieurs caractères importants : leurs bords sont déchiquetés, irréguliers; ils ne sont pas taillés à pic, mais ils sont minces et décollés. Ce décollement des bords a une grande importance diagnostique. Le fond de l'ulcération est fongueux, saignant, ou présente des bourgeons charnus, pâles, mollasses, de mauvaise nature, quelquefois exubérants. On ne voit que rarement cette pellicule grisâtre, pseudo-membraneuse, qui est au fond des ulcères syphilitiques.

Les *croûtes* qui recouvrent ces ulcérations sont quelquefois épaisses; elles ne sont pas très-dures, et elles ne présentent pas des saillies aussi détachées et aussi prononcées que celles qu'on trouve dans la syphilis; leur coloration est variable : elles sont noirâtres, lorsqu'elles contiennent une certaine quantité de sang mélangé au pus desséché, ou bien elles sont d'un blanc remarquable,

lorsqu'elles sont pures, et cette coloration blanche est d'un grand intérêt pour le diagnostic.

Nous devons signaler encore comme un caractère très-important le *gonflement du tissu cellulaire* sous-cutané : quand la maladie siége dans un endroit abondant en tissu cellulaire, comme à la face, il se fait un soulèvement de la peau, qui fait prendre cette maladie pour un érysipèle, et qui lui a fait donner, dans ce cas, le nom d'*érysipèle chronique* ou de *lupus hypertrophique*, par M. Cazenave et d'autres auteurs. Après cette tendance hypertrophique, lorsque la maladie marche vers la guérison, il y a, au contraire, une tendance atrophique, un amincissement considérable de la peau et du tissu cellulaire sous-jacent, ce qui augmente encore la profondeur des cicatrices. On observe très-facilement ce phénomène, lorsque la maladie a occupé le nez : après la guérison, les ailes du nez sont très-fines, et le nez lui-même devient très-mince à son extrémité.

Même après la guérison des scrofulides, la maladie peut encore se reconnaître par les *cicatrices*, lesquelles existent toujours, même après la scrofulide érythémateuse, qui disparaît sans avoir présenté d'ulcération. Ces cicatrices sont ordinairement déprimées par la résorption du tissu cellulaire sous-jacent : elles présentent un aspect réticulé, qui les fait ressembler aux cicatrices de la brûlure au troisième degré ; quelquefois elles sont saillantes, inégales et granulées comme des verrues, ou bien exubérantes ; elles forment une variété de la kéloïde. Leur coloration, d'abord violacée, s'efface peu à peu et devient blanche, mais les traces en sont indélébiles.

L'absence de toute réaction locale et générale est encore

un caractère particulier aux scrofulides; il n'y a ni fièvre, ni démangeaison, ni cuisson, ni douleur; la sensibilité semble être émoussée chez les scrofuleux. On voit des scrofulides ulcérées, profondes, attaquer et détruire tous les tissus et même les os, sans être accompagnées d'aucune douleur vive, ni d'aucun signe de réaction.

Eufin il ne faut pas oublier, parmi les signes qui peuvent servir à poser le diagnostic, ceux tirés des *antécédents* ou des *phénomènes concomitants*. Les antécédents, tels qu'une cicatrice de nature scrofuleuse, une taie sur la cornée, montrent que le sujet a déjà présenté des manifestations scrofuleuses, et que, par conséquent, il est scrofuleux; cela n'indique pas forcément que l'affection actuelle soit de nature scrofuleuse, car cette diathèse n'exclut pas les autres maladies, mais ce caractère donne des probabilités. De même, les phénomènes concomitants, tels qu'une ophthalmie, une tumeur blanche, peuvent servir encore à faire reconnaître la nature d'une affection cutanée, dont les caractères objectifs ne seraient pas très-tranchés.

Marche, durée. — La marche des scrofulides est très-lente; il est rare qu'elles durent moins de six mois, et souvent elles persistent deux, cinq, dix et même vingt ans; il en est même qui ne cessent qu'avec la vie. Pendant cette longue période, elles conservent presque toujours la même forme, et occupent habituellement le même siége. Dans quelques cas rares, elles revêtent la forme phagédénique; elles ont alors une marche très-rapide, et la mort peut arriver promptement.

Les scrofulides se terminent souvent par la guérison, même dans les cas en apparence les plus graves. La gué-

rison peut arriver par l'évolution naturelle de la maladie, mais, le plus ordinairement, c'est sous l'influence d'un traitement convenable. Dans quelques cas, la terminaison favorable est hâtée par une maladie accidentelle, telle qu'un érysipèle, une fièvre éruptive, etc., qui détermine une modification heureuse et amène la cicatrisation.

Dans d'autres circonstances, il n'y a pas de guérison, et la maladie se prolonge toute la vie. Le malade peut alors succomber sous l'influence d'une maladie intercurrente, ou la mort peut être due à d'autres manifestations scrofuleuses, telles que des abcès froids, qui épuisent le malade par l'abondance de la suppuration et déterminent un état cachectique. Enfin, le plus souvent, le malade meurt par le fait d'une complication viscérale, laquelle est fréquemment la phthisie tuberculeuse, l'entérite tuberculeuse ou la maladie de Bright.

DIAGNOSTIC DES SCROFULIDES.

Les principaux caractères généraux des scrofulides sont donc : la profondeur de la lésion, sa fixité, la coloration des croûtes, l'aspect des ulcérations et des cicatrices, le gonflement du tissu cellulaire ambiant, l'absence de réaction locale et générale, et la lenteur de la marche. Avec ces caractères, on peut distinguer les scrofulides des affections dartreuses et des affections syphilitiques, lesquelles offrent avec les manifestations de la scrofule assez de ressemblance, pour que nous croyions utile d'insister sur leur diagnostic différentiel.

Les *affections dartreuses* peuvent se rencontrer chez des scrofuleux, mais elles se distinguent des scrofulides

par les caractères suivants : elles ont de la tendance à s'étendre, à se généraliser en d'autres endroits; elles sont accompagnées de cuissons, de chaleur, de démangeaisons, qui manquent dans les scrofulides; on doit savoir cependant que ces symptômes sont moins prononcés chez les scrofuleux atteints de dartres. Les dartres ne laissent jamais de cicatrices, même après les ulcérations superficielles de l'impétigo, tandis que les scrofulides en laissent toujours, même lorsqu'elles ne donnent pas lieu à des ulcérations.

Ce sont surtout les *syphilides* anciennes, tertiaires, ulcéreuses et profondes, qui ont beaucoup de ressemblance avec les scrofulides, et dans certains cas, le diagnostic est très-difficile. On pourra y arriver cependant en s'appuyant sur les caractères suivants : les ulcérations syphilitiques ont une forme plus arrondie, plus régulière ; les bords sont taillés à pic et non décollés; le fond présente une pseudo-membrane épaisse, grisâtre ; les croûtes sont plus plastiques; elles s'accumulent, et présentent l'aspect de certains coquillages; enfin leur coloration est d'un vert foncé, d'un vert noir, et jamais elles ne sont blanches ou noires. Les cicatrices elles-mêmes peuvent aider au diagnostic : elles sont brunes, puis blanches, peu profondes; elles ne sont ni déprimées, ni réticulées, ni saillantes, ni kéloïdiennes. En opposition à ces caractères des éruptions syphilitiques, nous rappellerons que les scrofulides ont des bords décollés, irréguliers, que les chairs sont fongueuses, blafardes, que les croûtes noires ou blanches sont moins dures, et que les cicatrices sont beaucoup plus fréquentes, plus apparentes et souvent plus saillantes. La marche de ces deux classes

de maladies cutanées présente aussi des différences : ainsi les syphilides ont une marche moins lente ; il est très-rare de voir une syphilide durer plusieurs années, en occupant le même siége et en conservant la même forme ; ordinairement elle se modifie, et apparaît dans une autre région et sous une nouvelle forme habituellement plus grave. Enfin dans ce diagnostic, il faut tenir compte des antécédents et des phénomènes concomitants. Il ne faut cependant pas attribuer une valeur absolue aux antécédents, car les deux diathèses ne s'excluent pas, et un individu, ayant eu antérieurement une ophthalmie ou toute autre affection scrofuleuse, peut avoir une syphilide. Les phénomènes concomitants ont une plus grande importance, sans avoir encore une valeur absolue. A l'aide de tous ces signes, on pourra le plus souvent arriver au diagnostic. Dans quelques cas cependant, il existe un tel mélange de caractères, qu'il est difficile, peut-être même impossible, de se prononcer; il faut alors attendre, et le résultat du traitement viendra souvent faire reconnaître la nature de la maladie. Mais ici encore, il faut faire bien attention : en effet, si l'on avait affaire à une syphilide chez un scrofuleux, le traitement antiscrofuleux modifiant le terrain et amenant la guérison, on pourrait croire que l'on a eu à traiter une scrofulide. Aussi le meilleur traitement explorateur, dans ces cas, consiste dans l'administration du mercure, qui produira la guérison si l'affection est de nature syphilitique, et qui, dans la grande majorité des cas, aggravera au contraire la maladie cutanée si elle appartient à la scrofule.

DIVISION DES SCROFULIDES.

Les différentes variétés de la scrofule cutanée coexistent souvent ensemble chez le même malade, de là la difficulté de les reconnaître et de les classer d'une manière bien nette. Aussi chaque auteur a adopté une classification particulière. Récemment on avait donné le nom générique de *lupus* à toutes les variétés de scrofulides graves. M. Cazenave, qui a adopté cette dénomination, a établi quatre espèces de lupus : 1° le lupus érythémateux ; 2° le lupus tuberculeux ; 3° le lupus ulcéreux ; 4° le lupus hypertrophique. Mais deux de ces espèces ne sont jamais primitives, la troisième et la quatrième ; elles succèdent toujours à l'une des deux premières ; aussi ne peut-on pas accepter cette division.

M. Bazin, qui admet l'existence des scrofulides bénignes, appelle scrofulides malignes les seules affections que nous regardons comme dépendant toujours de la scrofule. Il les divise en trois groupes : 1° la scrofulide érythémateuse ; 2° la scrofulide tuberculeuse ; 3° la scrofulide crustacée-ulcéreuse. Nous pouvons adresser au troisième groupe le même reproche qu'à deux des variétés de M. Cazenave ; en effet, la scrofulide crustacée-ulcéreuse de M. Bazin arrive ordinairement après une scrofulide pustuleuse ou tuberculeuse, et ainsi cet auteur place la même maladie dans deux groupes différents, selon la période où elle est parvenue.

C'est cette transformation de la même maladie d'un état dans un autre, et la coexistence simultanée de plusieurs formes, qui font la grande difficulté d'une bonne classifi-

cation des scrofulides ; cependant, quoiqu'il soit impossible de les envisager d'une manière irréprochable, comme les divisions sont indispensables pour l'étude, nous admettons, en nous fondant sur les observations cliniques, les cinq variétés suivantes : 1° la scrofulide érythémateuse ; 2° la scrofulide cornée ou acnéique ; 3° la scrofulide pustuleuse ; 4° la scrofulide tuberculeuse ; 5° la scrofulide phlegmoneuse.

1° Scrofulide érythémateuse. — On peut l'appeler aussi *érythémato-squameuse*, parce que la desquamation succède et s'unit souvent aux taches rouges. Cette forme de scrofulides est caractérisée par des taches d'un rouge foncé, un peu brun, violacé ; ce n'est pas la coloration de la syphilis, c'est quelque chose de particulier : la couleur est plutôt violacée que brune ; la surface est unie, et présente un aspect luisant spécial. La rougeur est permanente ; elle disparaît par la pression du doigt, pour reparaître dès que l'on cesse la compression ; elle est augmentée momentanément par les impressions morales, et par toutes les causes d'excitation générale. Ces taches forment un léger relief au-dessus de la peau saine et elles présentent une dépression après la guérison. Elles sont ordinairement arrondies, ovalaires, et leur étendue égale la largeur d'une pièce de 50 centimes ou d'un franc à leur début ; mais elles peuvent s'étendre, et alors elles occupent toute une région, par exemple, toute une joue et même la plus grande partie de la face.

La scrofule érythémateuse commence par cette rougeur que nous venons d'indiquer ; bientôt l'épiderme se ride, se détache, et alors il y a une légère desquamation ;

elle se fait par de petits furfures foliacés très-adhérents, qui tombent difficilement d'eux-mêmes, et même résistent quelquefois au frottement de la main; au premier abord, ils ressemblent aux squames du psoriasis; un examen plus approfondi fait reconnaître qu'ils sont plus foliacés, imbriqués, et qu'ils ne se détachent pas si facilement.

Cette scrofulide siége presque toujours à la figure, et plus particulièrement sur le nez; on la rencontre cependant quelquefois sur les membres, aux pieds et aux mains. Elle peut aussi se montrer sur le cuir chevelu, et alors le diagnostic est difficile; on voit des saillies d'un rouge foncé, recouvertes de quelques squames; les cheveux s'étiolent et tombent, et, après la guérison, il y a des places blanches, qui peuvent faire croire à l'existence antérieure d'un favus ou d'une pelade.

Comme toutes les scrofulides, la forme érythémateuse existe habituellement sans symptôme de réaction; il n'y a ni chaleur, ni douleur, ni cuisson; la maladie ne manifeste sa présence que par une légère saillie, par la coloration et par l'état squameux.

La scrofulide érythémateuse présente une marche très-lente; elle a d'abord la tendance à l'extension, puis elle reste stationnaire, et elle peut persister toute la vie, malgré le traitement le mieux dirigé. D'autres fois, l'amélioration se produit; la tache s'affaisse, la coloration pâlit, et la maladie guérit; mais il reste une cicatrice indélébile, quoiqu'il n'y ait pas eu d'ulcération. Cette cicatrice, qui ressemble à une brûlure au troisième degré, se produit par absorption interstitielle. La cicatrisation débute ordinairement par le centre de la plaque; cette apparence

d'un cercle dont le centre est guéri, a fait donner par Biett à cette maladie le nom d'*érythème centrifuge;* la description laissée par cet auteur distingué est exacte, mais le nom qu'il a proposé rapproche une maladie grave, profonde, tenace, d'une nature fâcheuse, des érythèmes qui sont habituellement des affections légères, d'un pronostic favorable et qui disparaissent sans laisser de trace. Cette dénomination d'érythème centrifuge ne doit donc pas être conservée.

La scrofulide érythémateuse présente la particularité remarquable de se développer de préférence chez les scrofuleux à tempérament sanguin, à face colorée, comme si la figure y était prédisposée par la congestion habituelle dont elle est le siége.

Diagnostic. — La scrofulide érythémateuse est surtout caractérisée par une tache rouge, violacée, un peu squameuse, légèrement saillante, ordinairement arrondie, plus ou moins étendue, siégeant le plus souvent à la figure, présentant une marche excessivement lente, et laissant toujours après elle une cicatrice très-apparente. Les affections qui peuvent être confondues avec elle sont: les érythèmes, le psoriasis, le *pityriasis rubra*, le lichen, et surtout la syphilide papulo-squameuse ou tuberculeuse.

Les *érythèmes papuleux et noueux* se distingueront facilement par leur marche aiguë, par leur rougeur inflammatoire, par leur dissémination aux membres, par la réaction locale et quelquefois générale qui les accompagne; enfin par leur guérison rapide, laquelle a lieu sans laisser d'autres traces que quelques taches ecchymotiques, qui ne tardent pas à disparaître.

Le *psoriasis* offre, comme la variété de scrofulides qui nous occupe, des taches saillantes, d'un rouge foncé, recouvertes de squames et ayant souvent une apparence circinée; mais les squames psoriasiques sont d'un blanc nacré, elles sont imbriquées les unes sur les autres, elles sont moins adhérentes; l'éruption est ordinairement répandue en plusieurs endroits, et particulièrement aux genoux et aux coudes, et elle est accompagnée de démangeaisons. Enfin, quand la guérison survient, il n'existe aucune cicatrice.

Le *pityriasis rubra* présente des plaques plus larges, moins saillantes, plus rouges et plus disséminées; les squames sont plus furfuracées; il y a des démangeaisons et il n'y a jamais de cicatrice apparente.

Si quelquefois le *lichen* présente une certaine ressemblance avec la scrofulide érythémateuse, la dissémination de l'éruption, la couleur et le petit volume des papules, l'existence de vives démangeaisons et l'absence de cicatrice suffiront pour le faire reconnaître.

Le diagnostic le plus difficile sera celui qu'on devra établir entre la scrofulide érythémateuse et certaines formes de syphilides. La *syphilide papulo-squameuse* se distinguera, comme toutes les syphilides précoces, par la diffusion de l'éruption sur une grande partie du corps, par la rapidité de la marche, et par les phénomènes concomitants appartenant à la période secondaire de la syphilis. Quant à la *syphilide tuberculeuse* en groupes, la saillie des tubercules, leur couleur cuivrée, le peu d'épaisseur des squames, la marche plus rapide de la maladie, les phénomènes concomitants, ainsi que les résultats rapides d'un traitement antisyphilitique, sont

autant de signes qui serviront à la faire reconnaître.

2° SCROFULIDE CORNÉE OU ACNÉIQUE. — Cette variété ressemble beaucoup à la scrofulide érythémateuse, mais elle présente en plus une altération de l'appareil folliculeux de la peau. Elle est caractérisée par une ou plusieurs taches d'un rouge violacé, légèrement saillantes au-dessus de la peau, assez régulièrement arrondies ; à la surface, il n'y a pas de squames, mais on trouve une multitude de petites aspérités, qui donnent à la main la sensation d'une râpe. A la loupe, on voit que les orifices arrondis des conduits sébacés sont élargis, entr'ouverts, et que les aspérités sont formées par de la matière sébacée durcie. Lorsque ces points saillants viennent à tomber, on aperçoit l'orifice du conduit de la glande sébacée béant ; mais une nouvelle production ne tarde pas à paraître et à l'obstruer. C'est surtout à la figure que l'on rencontre ces plaques, dont le nombre et les dimensions sont variables.

Au bout d'un certain temps, quelquefois sous l'influence du traitement, ces plaques s'affaissent, les productions acnéiques tombent pour ne plus se reproduire, et il reste seulement des cicatrices déprimées, quoiqu'il n'y ait pas eu d'ulcération. D'autres fois, les plaques s'étendent, ou persistent très-longtemps, malgré le traitement le mieux dirigé.

La scrofulide cornée a été confondue avec l'acné, surtout avec la variété désignée sous le nom d'*acné sébacée concrète*. Mais dans cette dernière affection, la plaque ne présente pas la coloration violacée dont nous venons de parler ; elle n'est pas saillante, et surtout on ne rencontre

pas, à la fin de la maladie, les cicatrices qui terminent la scrofulide cornée. M. Cazenave, qui veut que cette affection ne soit qu'une variété d'acné, cherche à expliquer la présence des cicatrices par la compression que la matière sébacée cornée exercerait sur la peau; mais cette compression ne peut avoir lieu, puisque les productions cornées font saillie au dehors, et il est bien plus rationnel d'admettre que ces cicatrices sont dues au travail atrophique, qui caractérise la terminaison des maladies scrofuleuses cutanées.

Diagnostic. — Le diagnostic de cette variété de scrofulide doit être établi, d'après l'existence de taches saillantes, d'un rouge violacé, recouvertes de saillies dures, pointues, sortant de l'orifice des follicules sébacés, d'après la lenteur de la marche et d'après la formation de cicatrices déjà établies et mélangées aux plaques appartenant à une phase moins avancée de la maladie. Le *psoriasis*, qui pourrait lui ressembler au premier abord, s'en distingue par ses squames épaisses, imbriquées, qui ne peuvent être confondues avec les aspérités de la scrofulide cornée. La variété de lichen, désignée sous le nom de *lichen pilaris*, ressemble surtout, par son aspect et ses rugosités, à la scrofulide acnéique; mais les papules du lichen sont pleines et se distinguent parfaitement des saillies cornées, s'échappant à travers les orifices des conduits sébacés. Enfin, les différentes espèces d'*acné* simple, inflammatoire ou sébacée, diffèrent de la scrofulide par leur siége superficiel, par la marche plus rapide de l'éruption, et par les caractères des cicatrices, lesquelles, lorsqu'elles existent, sont moins rofondes et moins étendues.

3° SCROFULIDE PUSTULEUSE. — La scrofulide pustuleuse est la variété la plus fréquente ; tantôt elle existe seule, tantôt elle est mélangée avec d'autres espèces de scrofulides.

Elle peut débuter de deux manières différentes : dans certains cas, sur une plaque rouge de la grandeur d'une pièce d'un franc, on voit se développer une multitude de petites pustules, grosses comme la tête d'une épingle; elles durent huit à quinze jours, se rompent et laissent échapper un liquide plastique, qui se concrète en croûtes jaunâtres. Dans d'autres cas, la maladie débute par une seule pustule, ressemblant à celle qu'on a décrite dans la maladie désignée par les auteurs sous le nom de *rupia;* cette pustule, du volume d'un pois ou d'une petite cerise, et distendue inégalement par un mélange de sang et de pus, se rompt et se recouvre d'une croûte noirâtre. La première variété que nous venons d'indiquer, présentant au début des pustules peu volumineuses et agminées, telles que celles qu'on rencontre dans l'impétigo, a fait donner à cette maladie le nom d'*impetigo rodens;* mais il faut rejeter cette dénomination, qui confond ainsi sous le même nom deux maladies d'une nature bien distincte et d'une gravité bien différente.

Une fois développée, cette scrofulide est caractérisée surtout par des croûtes dont la coloration varie : souvent elles sont d'une blancheur remarquable, quelquefois un peu jaunâtres; le plus habituellement elles sont noirâtres par le mélange d'une certaine quantité de sang. On peut rencontrer une ou plusieurs plaques recouvertes de croûtes; lorsqu'il en existe plusieurs au début, on les voit souvent se réunir par l'extension de la maladie. L'accroissement

se fait par de nouvelles pustules qui se développent autour des croûtes, se rompent, et augmentent par leur sécrétion l'étendue de l'affection. Ces croûtes sont très-adhérentes; lorsqu'on les a arrachées, ou lorsqu'on les a fait tomber par des applications émollientes, on trouve, au-dessous d'elles, des ulcérations qui ne sont pas très-profondes; leurs bords sont irréguliers, le fond est d'un rouge pâle, blafard, souvent recouvert de bourgeons charnus mollasses; il n'y a jamais de fausse membrane grisâtre comme dans les ulcérations syphilitiques. Dans quelques cas, la surface de l'ulcération présente de petits bourgeons durs, secs, rugueux, comme verruqueux; de là le nom de *scrofulide verruqueuse*, que nous avions donné d'abord à cette forme, en la considérant comme une espèce distincte de scrofulide. Mais cet aspect n'est jamais primitif: comme il apparaît toujours sur une ulcération succédant à une scrofulide pustuleuse ou tuberculeuse, il ne faut pas en faire une variété particulière et spéciale.

Le siége le plus fréquent de la scrofulide pustuleuse est le nez; elle se développe quelquefois sur les joues; on la rencontre rarement sur les membres.

La marche de la scrofulide pustuleuse qui, comme toutes les autres variétés, ne présente ni douleurs, ni démangeaisons, est très-lente; cependant, malgré son aspect plus grave, elle guérit plus facilement et plus promptement que les deux premières formes dont nous avons déjà parlé. Lorsque la guérison arrive, les croûtes tombent, et, au-dessous d'elles, on voit une cicatrice toute formée, plus profonde que dans la scrofulide érythémateuse. Cette cicatrice est d'abord violacée et plus tard elle devient blanche; lorsqu'elle est complétement formée,

elle ressemble aux cicatrices réticulées, inégales d'une brûlure au troisième degré. Dans d'autres cas, au lieu de marcher vers la guérison, la maladie s'étend en profondeur : elle envahit et détruit toutes les parties qu'elle rencontre; mais les os lui opposent le plus souvent une barrière infranchissable, que respecte moins la scrofulide tuberculeuse. Il y a alors des ulcérations profondes, irrégulières, auxquelles succèdent, après la guérison, des cicatrices très-apparentes, enfoncées et adhérentes aux os.

Diagnostic. — Le diagnostic de la scrofulide pustuleuse, que l'on établira sur les signes que nous venons de donner, est très-important et quelquefois très-difficile : on peut surtout confondre cette variété avec l'impétigo et avec la syphilide pustulo-crustacée.

L'*impétigo dartreux*, qui offre pour l'aspect d'assez grandes ressemblances avec la scrofulide pustuleuse, présente en général une marche plus rapide ; les croûtes sont jaunes, flavescentes, molles, peu épaisses; l'éruption est rarement circonscrite, elle est ordinairement plus étendue, souvent répandue sur diverses régions du corps. Les ulcérations sont très-superficielles et elles ne sont pas suivies de cicatrices; enfin, on observe ordinairement quelques symptômes de réaction locale, tels que de la chaleur, de la cuisson et des démangeaisons.

La *syphilide pustulo-crustacée* présente, dans certains cas, une telle ressemblance avec la scrofulide pustuleuse et ulcéreuse, que le diagnostic est très-difficile. Dans les deux affections, la maladie est circonscrite; mais dans la syphilide, les croûtes présentent la couleur verte caractéristique : elles sont plus saillantes, plus inégales, plus dures. Lorsque les croûtes viennent à tomber, on

voit que les ulcérations sont nettement arrondies, que les bords sont taillés à pic, que le fond est recouvert de la pseudo-membrane spéciale à la syphilis ; plus tard, on voit également les cicatrices qui sont moins profondes et qui conservent pendant longtemps la coloration brune syphilitique ; enfin la marche de l'éruption est ordinairement plus rapide que dans la scrofule. Dans quelques cas, les signes objectifs ne suffisent pas pour permettre de poser un diagnostic certain ; il faut alors consulter les antécédents sans leur donner trop de valeur ; il faut s'appuyer davantage sur les phénomènes concomitants, et quelquefois se tenir sur la réserve, en étudiant la marche de la maladie. Enfin dans quelques cas très-incertains, le résultat du traitement pourra éclairer le diagnostic, resté jusque-là indécis : l'amélioration rapide, par les préparations mercurielles et iodées, viendra démontrer la nature syphilitique de l'affection, qui serait loin de s'amender si vite, et qui même s'aggraverait peut-être si elle appartenait à la scrofule.

4° Scrofulide tuberculeuse. — Après la scrofulide pustuleuse, la scrofulide tuberculeuse est la variété la plus fréquente et elle est de toutes la plus grave. Elle se présente sous deux formes distinctes : *a*. la *forme tuberculeuse sans ulcération* ou à ulcération superficielle ; *b*. la *forme tuberculuse avec ulcération profonde*. Comme les symptômes et le pronostic de ces deux formes sont différents, nous allons donner une description distincte de chacune d'elles.

a. Scrofulide tuberculeuse superficielle. — Cette

forme est caractérisée par des saillies indolentes, molles, d'une rénitence élastique, de la grosseur d'un pois. Ces saillies sont comme demi-transparentes, jaunâtres, quelquefois d'un brun violacé, mais jamais du rouge-brun des tubercules syphilitiques. Le plus habituellement, ces tubercules sont groupés les uns à côté des autres, au nombre de huit à douze, et ils forment des plaques arrondies, des cercles, des segments de cercles ou des dessins irréguliers. On peut rencontrer un seul groupe, d'autres fois on en trouve plusieurs répandus sur diverses parties du corps; enfin, ils peuvent être dispersés sur tout le corps, comme dans la sous-variété appelée *scrofulide tuberculeuse disséminée*, qui ne présente, comme autre caractère spécial, que la généralisation de l'éruption.

La scrofulide tuberculeuse superficielle peut occuper toutes les parties du corps, mais son siége le plus fréquent est à la face, on l'observe surtout aux joues, aux lèvres ou au menton; on la rencontre quelquefois sur le tronc et sur les parties sexuelles, plus rarement sur les membres.

L'infiltration du tissu cellulaire sous-cutané accompagne souvent la scrofulide tuberculeuse superficielle; ce phénomène frappe plus les yeux que l'éruption tuberculeuse, aussi on a souvent désigné cet état morbide sous le nom de *lupus hypertrophique*. On ne doit pas d'ailleurs faire de cette forme une variété particulière; elle est toujours réunie à une variété définie de scrofulides, soit à la scrofulide érythémateuse, soit à la scrofulide tuberculeuse. Cette hypertrophie du tissu cellulaire est fréquente à la face et lui imprime un aspect particulier; les traits sont défigurés et effacés, les joues sont

tuméfiées et pendantes, les lèvres sont énormes, les paupières, par leur tuméfaction, permettent à peine au malade de voir; enfin la figure présente un aspect étrange.

Lorsque cet engorgement du tissu cellulaire siége aux membres, le volume des parties devient considérable et les éléments de la peau elle-même semblent être hypertrophiés. Les parties génitales peuvent aussi être le siége de cet engorgement; alors la verge présente une dimension double ou triple de son volume normal; et chez la femme, les grandes et les petites lèvres prennent un développement énorme. On a considéré quelquefois cette hypertrophie comme un exemple d'éléphantiasis des Arabes; mais cette dernière maladie se développe sous un autre climat, elle s'accompagne de rugosités de la peau qui la font ressembler à celle du rhinocéros ou de l'éléphant, et elle n'offre jamais les tubercules agglomérés de la scrofulide.

La scrofulide tuberculeuse non ulcérée a une marche essentiellement chronique, il est très-rare de la voir durer moins de plusieurs années, et cependant le malade semble jouir d'une bonne santé : toutes ses fonctions s'exécutent bien, il n'y a aucune réaction locale ou générale; la maladie constituée uniquement par l'éruption tuberculeuse se prolonge quelquefois toute la vie.

Cette variété de scrofulide peut se terminer de plusieurs manières : le plus souvent, le tubercule s'affaisse, se décolore et disparait par résorption, en laissant une cicatrice déprimée, quoiqu'il n'y ait pas eu d'ulcération; la maladie se rapproche alors beaucoup de la scrofulide érythémateuse ; quelquefois même ces deux formes éry-

gnante, ou bien présente des bourgeons charnus de mauvaise nature ; enfin la sécrétion purulente est abondante, séreuse et fétide.

Le siége le plus fréquent de la scrofulide tuberculeuse ulcérée se trouve être le nez ou ses alentours ; elle débute le plus habituellement par la peau, elle détruit les cartilages, la muqueuse, elle envahit le vomer et même le maxillaire supérieur; dans quelques cas, elle commence par la pituitaire, envahit d'un côté les cartilages et la peau, et de l'autre les parties profondes où elle détruit le vomer, la voûte palatine, et établit une communication soit entre les deux narines, soit entre la bouche et les fosses nasales. Lorsque la maladie débute par la lèvre, elle la détruit, met les gencives à nu et peut ensuite envahir les maxillaires. A l'œil, elle détruit une partie des paupières, produit une conjonctivite oculaire et quelquefois des ophthalmies graves suivies de cécité.

La scrofulide ulcéreuse peut encore occuper les autres parties du corps, comme le cou, la région sternale, les membres, surtout au voisinage des articulations, et les parties génitales. M. Huguier, pendant son séjour comme chirurgien à l'hôpital de Lourcine, publia un mémoire ayant pour titre : *De l'esthiomène de la vulve*. Sous ce nom il décrivit des maladies ulcéreuses, envahissant et détruisant les grandes et les petites lèvres, et il les considéra comme étant de nature scrofuleuse, leur donnant ainsi le nom d'esthiomène alors adopté par Alibert. En lisant avec attention les observations de ce mémoire, on est porté à croire que les maladies décrites par cet auteur se rapportent plutôt à des chancres phagédéniques, affections alors peu connues, qu'à des scrofulides. L'ab-

sence d'accidents constitutionnels, qu'il donne comme une des meilleures preuves pour rayer ces maladies du domaine de la syphilis, n'est pas une raison convaincante pour nous, de ne pas admettre leur nature syphilitique; en effet, les chancres phagédéniques sont ordinairement des ulcérations simples, non suivies d'infection générale, et le phagédénisme est fréquent chez les individus scrofuleux, ce qui explique encore les signes de scrofule notés chez quelques malades de M. Huguier. Une des raisons que nous pouvons donner encore de notre manière de voir, c'est que les ulcères scrofuleux des parties génitales sont rares à l'hôpital Saint-Louis, et que nous n'en avons pas encore rencontré un seul exemple, malgré le nombre considérable de scrofuleux que nous sommes à même d'observer. C'est pour ces raisons que nous ne croyons pas devoir admettre, comme étant de nature scrofuleuse, les affections observées par M. Huguier.

La marche de la scrofulide tuberculeuse ulcérée est très-lente, et le plus souvent elle est envahissante. Par ses progrès, elle produit ces vastes destructions, ces plaies épouvantables et hideuses qu'on ne rencontre que trop souvent à la face. Elles donnent naissance à une suppuration abondante; quelquefois elles entraînent la cachexie, la fièvre hectique, et causent la mort par épuisement. Cette terminaison fatale, due seulement à l'abondance de la suppuration, est rare, cependant nous en avons observé plusieurs exemples.

La maladie peut s'arrêter spontanément, mais le plus souvent la guérison arrive sous l'influence d'un traitement rationnel. Dans ce cas, les croûtes finissent par tomber, et l'on trouve au-dessous d'elles une cicatrice toute formée.

3° SCROFULIDE PUSTULEUSE. — La scrofulide pustuleuse est la variété la plus fréquente ; tantôt elle existe seule, tantôt elle est mélangée avec d'autres espèces de scrofulides.

Elle peut débuter de deux manières différentes : dans certains cas, sur une plaque rouge de la grandeur d'une pièce d'un franc, on voit se développer une multitude de petites pustules, grosses comme la tête d'une épingle ; elles durent huit à quinze jours, se rompent et laissent échapper un liquide plastique, qui se concrète en croûtes jaunâtres. Dans d'autres cas, la maladie débute par une seule pustule, ressemblant à celle qu'on a décrite dans la maladie désignée par les auteurs sous le nom de *rupia ;* cette pustule, du volume d'un pois ou d'une petite cerise, et distendue inégalement par un mélange de sang et de pus, se rompt et se recouvre d'une croûte noirâtre. La première variété que nous venons d'indiquer, présentant au début des pustules peu volumineuses et agminées, telles que celles qu'on rencontre dans l'impétigo, a fait donner à cette maladie le nom d'*impetigo rodens ;* mais il faut rejeter cette dénomination, qui confond ainsi sous le même nom deux maladies d'une nature bien distincte et d'une gravité bien différente.

Une fois développée, cette scrofulide est caractérisée surtout par des croûtes dont la coloration varie : souvent elles sont d'une blancheur remarquable, quelquefois un peu jaunâtres ; le plus habituellement elles sont noirâtres par le mélange d'une certaine quantité de sang. On peut rencontrer une ou plusieurs plaques recouvertes de croûtes ; lorsqu'il en existe plusieurs au début, on les voit souvent se réunir par l'extension de la maladie. L'accroissement

[redacted]

se fait par de nouvelles pustules qui se développent autour des croûtes, se rompent, et augmentent par leur sécrétion l'étendue de l'affection. Ces croûtes sont très-adhérentes; lorsqu'on les a arrachées, ou lorsqu'on les a fait tomber par des applications émollientes, on trouve, au-dessous d'elles, des ulcérations qui ne sont pas très-profondes; leurs bords sont irréguliers, le fond est d'un rouge pâle, blafard, souvent recouvert de bourgeons charnus mollasses; il n'y a jamais de fausse membrane grisâtre comme dans les ulcérations syphilitiques. Dans quelques cas, la surface de l'ulcération présente de petits bourgeons durs, secs, rugueux, comme verruqueux; de là le nom de *scrofulide verruqueuse*, que nous avions donné d'abord à cette forme, en la considérant comme une espèce distincte de scrofulide. Mais cet aspect n'est jamais primitif: comme il apparaît toujours sur une ulcération succédant à une scrofulide pustuleuse ou tuberculeuse, il ne faut pas en faire une variété particulière et spéciale.

Le siége le plus fréquent de la scrofulide pustuleuse est le nez; elle se développe quelquefois sur les joues; on la rencontre rarement sur les membres.

La marche de la scrofulide pustuleuse qui, comme toutes les autres variétés, ne présente ni douleurs, ni démangeaisons, est très-lente; cependant, malgré son aspect plus grave, elle guérit plus facilement et plus promptement que les deux premières formes dont nous avons déjà parlé. Lorsque la guérison arrive, les croûtes tombent, et, au-dessous d'elles, on voit une cicatrice toute formée, plus profonde que dans la scrofulide érythémateuse. Cette cicatrice est d'abord violacée et plus tard elle devient blanche; lorsqu'elle est complétement formée,

miques. Ces abcès débutent par une petite tumeur qui grossit peu à peu et peut acquérir le volume d'une amande ou même celui d'une noix; peu à peu elle se ramollit, et la fluctuation annonce la présence du pus. La peau qui recouvre cette tumeur présente une teinte d'un rouge violacé; elle s'amincit, finit par se déchirer, et laisse écouler du pus séreux, mal lié, scrofuleux. Bientôt une croûte se forme sur l'ulcération, l'écoulement se tarit momentanément, puis une nouvelle ouverture ne tarde pas à se faire à côté de la première, souvent au même endroit, pour se recouvrir encore au moyen d'une nouvelle croûte. Il se forme ainsi successivement plusieurs ouvertures qui finissent par se réunir et par former une ulcération plus ou moins étendue, laquelle présente alors tous les caractères des ulcérations scrofuleuses. Ces abcès peuvent être isolés ou agglomérés, et leur nombre est variable. On les rencontre surtout à la face, mais ils peuvent occuper aussi le tronc ou les membres.

La durée de chaque abcès est assez longue; la suppuration est assez rapide, ainsi que la formation des croûtes, mais la cicatrisation des ulcérations est lente; la cicatrice, d'abord violacée, devient blanchâtre, inégale, réticulée. Dans quelques cas, l'ouverture de la tumeur n'a pas lieu, le pus est résorbé, la peau se recolle et il n'y a pas d'ulcération; dans ces cas encore, la place de l'abcès est indiquée par une tache violacée, et plus tard par une cicatrice peu profonde, mais déprimée et inégale.

La durée de la scrofulide phlegmoneuse est très-longue, surtout lorsque l'éruption se fait par poussées successives. Ainsi l'on voit des malades chez lesquels des abcès se développent ainsi successivement, de manière

que la maladie se prolonge pendant plusieurs années.

Diagnostic. — La scrofulide phlegmoneuse a des caractères tellement tranchés, qu'elle ne pourrait être confondue ni avec les abcès ganglionnaires, ni avec les abcès du tissu cellulaire; le peu de volume de l'abcès et son siége superficiel suffisent pour le distinguer. La scrofulide phlegmoneuse existe souvent en même temps que les autres variétés de scrofulides, et en même temps que les autres manifestations de la scrofule.

PRONOSTIC DES SCROFULIDES.

Le pronostic des scrofulides est toujours grave; ce sont des maladies chroniques, persistant souvent plusieurs années et même quelquefois pendant toute la vie, malgré le traitement le plus rationnel. Elles peuvent causer la mort du malade par le fait d'une suppuration trop abondante, qui produit une altération profonde dans la nutrition. Le plus souvent cependant, la terminaison funeste est due à une complication dépendant ou non de la maladie principale. Quand les scrofulides guérissent, elles laissent toujours des cicatrices indélébiles, souvent difformes, et très-désagréables lorsqu'elles sont situées dans des endroits apparents.

Le pronostic, d'ailleurs, varie selon la forme de la scrofule cutanée : ainsi, la scrofulide érythémateuse, qui n'est pas grave pour la santé, est une maladie très-rebelle au traitement, et qui dure souvent toute la vie; la scrofulide pustuleuse, qui a une apparence beaucoup plus grave par l'étendue et la profondeur de ses ulcérations et par l'épaisseur de ses croûtes, cède ordinairement beaucoup plus vite au

traitement, et ne produit pas les désordres considérables consécutifs à la scrofulide tuberculo-ulcéreuse. C'est cette dernière variété, en effet, qui amène la destruction du nez, du vomer, de la voûte palatine, qui détruit toutes les parties qu'elle attaque, et qui laisse après elle des difformités affreuses.

Le pronostic varie encore avec la marche et l'étendue de la lésion : dans certains cas, la maladie reste à l'état stationnaire pendant des années; dans d'autres cas, au contraire, la marche est très-rapide, comme phagédénique, et elle cause la mort en peu de temps. L'étendue de la lésion fait aussi varier le pronostic : ainsi lorsqu'il n'y a qu'un seul tubercule, on pourra attaquer la maladie par un traitement local énergique, tandis que si la lésion est très-étendue, il faudra attendre beaucoup plus lentement la guérison des moyens de traitement général.

En parlant du pronostic, il ne faut pas oublier l'heureuse influence que certaines maladies peuvent exercer sur les scrofulides : nous avons vu quelquefois des ulcérations profondes, qui avaient résisté longtemps à tous les moyens thérapeutiques, se cicatriser promptement à la suite d'un érysipèle ou d'une fièvre éruptive.

TRAITEMENT DES SCROFULIDES.

Le traitement des scrofulides, comme de toutes les autres manifestations de la scrofule, comprend deux parties principales : le traitement de la scrofule, de la maladie générale, et celui des manifestations cutanées, c'est-à-dire un traitement général et un traitement local.

1° Traitement général. — C'est celui de la scrofule dont nous avons déjà parlé. Pour éviter des répétitions inutiles, nous ne nous arrêterons que sur les moyens dont l'emploi est le plus habituel dans les scrofulides.

L'*huile de foie de morue* est sans contredit le meilleur médicament à employer dans la scrofule, et surtout dans les manifestations cutanées. On en donne une cuillerée à bouche par jour, et l'on augmente graduellement jusqu'à trois et quatre. Quelques médecins en font prendre jusqu'à un verre et même deux verres par jour; nous croyons inutile d'aller jusqu'à cette dose, nous ne nous en sommes jamais bien trouvé; l'huile n'est pas digérée, elle fatigue l'estomac, produit l'anorexie, et s'oppose ainsi à une bonne nutrition qui est indispensable pour la réussite du traitement.

A l'huile de foie de morue, nous ajoutons, mais comme moyens accessoires, les amers, tels que la gentiane, l'infusion de houblon, de feuilles de noyer, les préparations de fer, et particulièrement l'iodure de fer. Les préparations iodées et l'iodure de potassium ont également un bon effet dans les manifestations cutanées, surtout dans les cas d'ulcérations rebelles. Elles sont principalement indiquées lorsque les affections osseuses se rencontrent concurremment avec les lésions de la peau.

Nous devons répéter ici ce que nous avons dit en parlant du traitement des manifestations dues à la scrofule, que, dans la thérapeutique des scrofulides, le traitement général joue le rôle principal; qu'à lui seul il produit le plus habituellement la guérison, tandis que les moyens locaux n'agissent souvent que quand la médication interne

a déjà produit dans l'économie une modification favorable.

2° Traitement local. — Dans quelques cas, les scrofulides réclament un traitement local, mais alors encore on ne doit l'appliquer qu'après avoir soumis les malades pendant quelque temps au traitement général, qui, comme nous venons de le dire, produit une modification nécessaire pour que les moyens topiques puissent avoir de l'action.

Les *topiques émollients* ont peu d'importance ; ils ne servent qu'à favoriser l'ouverture des abcès dermiques, et à débarrasser les parties malades des croûtes qui peuvent quelquefois s'opposer à la cicatrisation.

Les *lotions excitantes*, telles que celles qui sont faites avec l'infusion de feuilles de noyer, le vin aromatique, la décoction de quinquina, sont rarement utiles. L'*huile de cade* elle-même est peu efficace ; elle peut s'employer cependant avec avantage dans les scrofulides superficielles, dans les variétés acnéique ou érythémateuse ; elle agit alors comme un caustique très-faible. On peut encore y avoir recours dans les autres scrofulides, à la fin, lorsqu'il ne reste plus qu'un peu de rougeur et de desquamation.

Comme modificateur plus puissant, on a employé l'*iode caustique*, dont voici la formule :

Eau distillée....................	30 grammes.
Iodure de potassium.............	3 —
Iode pur.........................	1 —

On trempe un pinceau dans cette solution, et on le promène légèrement sur les ulcérations pour en faciliter

la cicatrisation, ou sur les saillies dues à des taches érythémateuses ou à des tubercules, pour les affaisser. Ces divers modificateurs, d'ailleurs, sont impuissants dans la plupart des cas.

Le plus souvent il faut recourir à des *caustiques* plus puissants, tels que la poudre caustique de Vienne, la potasse caustique, le chlorure de zinc ou la pâte de Canquoin. Ces cathérétiques doivent être employés avec circonspection, car ils produisent souvent des cicatrices plus profondes, plus apparentes que la maladie elle-même; aussi ne doit-on y avoir recours que dans les cas d'ulcérations circonscrites et peu étendues. On produit alors une eschare, et l'on transforme une plaie sans tendance à se cicatriser, en une plaie simple ayant une grande tendance à la guérison. Dans la scrofulide phlegmoneuse, il est souvent avantageux, lorsque la peau est amincie et près d'être ulcérée, d'ouvrir l'abcès avec un peu de caustique de Vienne; la cicatrisation de l'ulcération est alors plus rapide.

Une préparation caustique ou plutôt vésicante, que nous avons employée avec beaucoup d'avantages, est le *biiodure de mercure*. Nous nous servons surtout de la pommade faite avec parties égales d'axonge et de biiodure; comme cette pommade est épaisse et difficile à employer, nous la faisons chauffer au moment de nous en servir; alors la graisse se liquéfie, et avec un pinceau nous en étalons une petite couche sur les parties malades. On n'essuie pas, on laisse la pommade continuer son action; il survient une douleur assez vive qui dure de cinq à douze heures, puis il s'établit une sécrétion séro-plastique qui forme une croûte jaunâtre ou brune, ressemblant à celle

de l'impétigo; en même temps il se développe autour du point touché de la rougeur et un peu de gonflement. Puis tout disparaît, et quand la croûte tombe, au bout de huit à quinze jours, on constate une modification heureuse survenue dans les parties malades : les saillies qui existaient dans les scrofulides érythémateuse ou acnéique sont moins prononcées ; l'ulcération s'est rétrécie et a une tendance à la cicatrisation dans les scrofulides ulcérées. On a été amené à employer ce topique, en voyant les bons résultats qui surviennent après un érysipèle ; par cette irritation artificielle, on détermine une inflammation cutanée qui produit des modifications analogues à celles de l'érypèle spontané.

On a encore vanté comme topiques certaines substances vésicantes : M. Bazin a employé l'huile de noix d'acajou et il dit en avoir obtenu de très-bons résultats ; mais c'est une substance difficile à se procurer. Le même auteur a encore essayé l'huile de croton tiglium ; mais par son emploi on obtient une modification beaucoup moins efficace que celle obtenue par le biiodure de mercure.

A l'usage des topiques, au traitement général, à l'hygiène, on devra encore ajouter les *bains*, tels que les bains salés, les bains sulfureux, les bains de sel Pennes (composés surtout de phosphate et de sulfate de chaux), et les bains de mer donnés au moyen de l'hydrofère. Ces bains favorisent quelquefois la cicatrisation d'ulcérations atoniques ne présentant depuis longtemps aucune tendance à la guérison. Mais lorsque le malade le pourra, il sera préférable de l'envoyer aux eaux minérales.

Prises à l'intérieur, ces eaux ont en général peu d'action

sur les scrofulides, elles agissent plutôt sur la scrofule, comme nous l'avons dit au traitement de cette maladie constitutionnelle. En bains, les eaux minérales ont une heureuse influence; celles qui donnent un bon résultat sont : les eaux sulfureuses et surtout celles qui sont très-riches en soufre, telles que les eaux de Baréges, de Luchon, d'Aix en Savoie, d'Aix-la-Chapelle, d'Ax, de Schinznach; on obtient aussi de beaux succès par les eaux bromo-iodurées, telles que les eaux de Kreutznach, de Nauheim ; enfin les eaux de Louëche, qui ne contiennent pas de soufre et qui sont très-peu salines, jouissent à bon droit d'une grande réputation dans le traitement des manifestations cutanées de la scrofule.

Sous l'influence des eaux minérales, la vitalité est excitée, la maladie prend une marche plus rapide, une affection restée stationnaire depuis longtemps avance vers la guérison ; les ulcérations se détergent, la cicatrisation marche plus vite, et la guérison est plus tôt obtenue. Cependant on doit savoir que leur action n'est souvent qu'accessoire; elles n'agissent bien que lorsque le malade a suivi depuis un certain temps le traitement général; alors elles sont un adjuvant très-utile, un complément de traitement qui viendra achever la guérison.

CHAPITRE IV

DE LA SYPHILIS.

Quoique l'histoire générale de la syphilis ne rentre pas dans l'étude des maladies de la peau, nous croyons, avant de commencer la description des syphilides, devoir vous en présenter un exposé succinct, comme nous avons fait pour la scrofule avant de parler des scrofulides. Cette étude vous préparera d'ailleurs à bien comprendre plusieurs des questions, qui se rencontreront à propos des éruptions consécutives à l'infection syphilitique.

Définition.

La définition de la syphilis, comme de toutes les maladies constitutionnelles, est difficile à donner, à cause de la multiplicité des affections qu'elle produit. Cependant nous vous proposerons de dire que la syphilis est une maladie constitutionnelle, résultant de la présence dans l'économie d'un virus particulier, le virus syphilitique, laquelle maladie se propageant soit par contagion, soit par inoculation, soit par hérédité, débute par une lésion locale, puis se généralise et se caractérise par des accidents spéciaux, variables de forme et de siége, mais se développant successivement d'après des lois ordinaires d'évolution, qui permettent de les rapporter à trois périodes distinctes.

M. Bazin a divisé les accidents de la syphilis en quatre périodes, en admettant une période ultime, spéciale pour les manifestations syphilitiques du côté des viscères. Comme nous le dirons plus tard, nous croyons qu'on peut supprimer la quatrième période, parce que les manifestations viscérales coïncident ordinairement avec les autres accidents appartenant à la troisième, tels que les gommes, les exostoses, les caries syphilitiques, etc.

Comprenant donc dans trois phases successives les manifestations syphilitiques, et admettant les accidents primitifs, les accidents secondaires et les accidents tertiaires, nous allons commencer par l'étude succincte des accidents primitifs.

Accidents primitifs.

Tous les auteurs sont loin d'être d'accord sur les accidents que l'on doit considérer comme appartenant à la première période de la syphilis. Quelques-uns confondent les mots *vénérien* et *syphilitique*, et regardent comme dépendant de la syphilis, tous les accidents qui sont le résultat des actes vénériens; ils rapportent ainsi à cette maladie générale des affections qui ne lui appartiennent évidemment pas, puisqu'elles restent toujours des manifestations locales, et qu'elles ne sont jamais suivies d'accidents consécutifs pouvant être rapportés à une infection générale. Pour nous, séparant les maladies vénériennes et les maladies syphilitiques, nous ne ferons rentrer parmi ces dernières que les accidents qui se développent sous l'influence de l'infection de l'économie par un virus, que l'on a appelé *virus syphilitique*.

Les auteurs qui n'ont pas reconnu cette distinction que nous venons d'établir, pensent que tous les accidents vénériens, la blennorrhagie, le chancre simple, etc., peuvent être le début, la porte d'entrée de la syphilis.

C'est en faisant cette confusion entre les accidents vénériens et les accidents syphilitiques, que les mêmes auteurs n'ont pas voulu admettre que la syphilis ne datât que de la fin du xve siècle. Comme ils retrouvaient dans les auteurs anciens la description des ulcères vénériens, ils en ont tiré la conclusion que la syphilis avait toujours existé. Mais s'ils ont reconnu la blennorrhagie et les ulcères simples dans les descriptions laissées par les anciens médecins, ils n'ont pu y retrouver aucun passage indiquant d'une manière certaine l'existence des accidents secondaires, autrement dit, de la syphilis confirmée. Aussi pour nous, nous admettons bien que l'ulcère vénérien des anciens, ce qu'on appelle aujourd'hui le chancre mou, non infectant, a existé de tout temps, mais nous croyons que le chancre infectant, que la syphilis constitutionnelle n'a commencé à paraître que vers l'année 1493. Nous appuyons notre opinion non-seulement sur l'absence complète de description d'accidents syphilitiques chez les anciens, mais aussi sur le dire des premiers auteurs qui ont écrit sur la syphilis au commencement du xvie siècle, et qui tous ont considéré comme nouvelle la maladie qu'ils avaient à soigner et à décrire (1).

(1) Cette année (1863), pour prouver l'antiquité de la syphilis, on a voulu faire jouer un grand rôle à la traduction de livres chinois par M. Dabry, publiée sous le titre de *Médecine chez les Chinois*. Dans cet ouvrage, en effet, on trouve un traité de la syphilis, qui remonterait à deux mille ans avant l'ère chrétienne, et qui contient une description assez

Ces mêmes auteurs avaient très-bien fait la distinction entre les accidents vénériens et les accidents syphilitiques; et ils ne regardaient pas la blennorrhagie et l'ulcère simple comme pouvant produire la syphilis. C'est vers 1508 et 1551 que successivement le chancre simple et la blennorrhagie furent considérés comme des accidents primitifs de la syphilis, et que la confusion commença à régner. De nos jours, la distinction entre les accidents vénériens et la syphilis est admise par le plus grand nombre des médecins, qui regardent le chancre simple, et surtout la blennorrhagie, comme ne donnant pas la syphilis. Mais nous devons entrer ici dans quelques détails.

La *blennorrhagie* est encore considérée comme accident primitif de la syphilis par MM. Lagneau, Cazenave, Devergie, Gibert, Bazin, Auzias-Turenne, etc. Ces auteurs croient que des accidents syphilitiques incontestables peuvent avoir pour seul point de départ une blennorrhagie simple non compliquée de chancre. Lorsque nous sommes arrivé à l'hôpital Saint-Louis, nous étions de leur avis; mais l'étude des faits observés avec soin est venue modifier notre opinion et nous a fait adopter celle de M. Ricord, qui professe que *le chancre est l'exorde obligé de la syphilis acquise*. En effet, dans la plupart des observations, on constate l'existence d'un chancre

exacte des accidents primitifs et secondaires. Mais l'authenticité de la date du traité chinois est loin d'être certaine, et il pourrait bien se faire qu'il ait été antidaté, comme cela est déjà arrivé plusieurs fois chez ce peuple si orgueilleux de son antiquité.

(*Note du rédacteur.*)

comme le début de la maladie, et si, dans quelques faits exceptionnels, certains malades n'accusent qu'une blennorrhagie comme phénomène antérieur, cela peut tenir à plusieurs causes : soit à ce que le malade ne se rappelle pas le chancre dont il a été atteint; il se souvient bien qu'il a eu une blennorrhagie, maladie longue, ennuyeuse, douloureuse, ne cédant qu'à un traitement prolongé et récidivant facilement, tandis qu'il a oublié qu'il a eu une ulcération légère, indolente, qui s'est guérie facilement; soit à ce que certains malades peu soigneux de leur personne ont complétement laissé passer inaperçue une ulcération chancreuse, qui s'est développée et qui s'est cicatrisée à leur insu. Pour appuyer notre manière de voir, nous ajouterons que nous avons rencontré plusieurs fois des individus, qui niaient de bonne foi qu'ils aient jamais eu de chancres, et chez lesquels l'examen des parties génitales faisait reconnaître l'existence actuelle d'une ulcération chancreuse incontestable datant quelquefois de plusieurs semaines. Cette ignorance réelle des malades est surtout commune chez les femmes, qui peuvent être atteintes, sans s'en douter, d'un chancre indolent perdu dans les plis de la muqueuse vulvaire ou vaginale ou même siégeant au col utérin. Une autre circonstance qui fait encore que le malade peut ignorer qu'il a eu un chancre, c'est son siége insolite : ainsi nous avons trouvé plusieurs fois à l'anus ou au visage des ulcérations spécifiques dont la nature pouvait être facilement méconnue ; alors le malade ne cherche pas à tromper, il trompe en se trompant lui-même. Dans ces cas, moins rares peut-être qu'on ne le pense, le médecin lui-même peut être induit en erreur et croire à l'existence d'une ulcération

quelconque non spécifique; et plus tard, lorsque les accidents consécutifs auront paru, le malade interrogé niera de bonne foi l'existence d'un chancre.

Nous ferons encore remarquer que les observations prises dans les hôpitaux, où le même sujet est soigné par des médecins différents dans les diverses périodes de sa maladie, ne présentent pas, comme exactitude, toutes les garanties suffisantes ; nous avons plus de confiance dans les résultats de la pratique de la ville, dans laquelle le médecin suit souvent pendant plusieurs années la même personne, et est à portée de connaître et d'étudier dans toutes leurs phases les affections qu'elle peut présenter. Invoquant donc notre expérience personnelle, nous pouvons affirmer que jamais en ville, chez les malades que nous avons connus et soignés pendant plusieurs années, nous n'avons vu la syphilis succéder à une blennorrhagie simple.

Dans quelques cas, assez rares il est vrai, deux ou trois fois sur cent tout au plus, le malade bien suivi, bien interrogé, n'a eu qu'une blennorrhagie; mais alors n'y a-t-il pas lieu de penser à l'existence d'un chancre larvé du méat ou du canal de l'urèthre, avec ou sans blennorrhagie. C'est à Hernandez, et surtout à M. Ricord, que nous devons la connaissance exacte de ces chancres larvés du canal, qui peuvent faire croire que la blennorrhagie est susceptible de donner à elle seule la syphilis. Dans ces cas, il est facile de reconnaître l'existence du chancre, si l'on est appelé à temps. S'il siége au méat, la vue le fera reconnaître ; s'il est dans le canal, on peut sentir l'induration qui s'est développée autour de lui, et qui est plus limitée, plus nette que le gonflement inflammatoire

qui peut se montrer dans la blennorrhagie simple.

Pour nous résumer, nous dirons que la syphilis n'est jamais la suite d'une blennorrhagie simple; nous ne faisons d'exception que pour la blennorrhagie compliquée d'un chancre uréthral.

M. Cazenave et quelques auteurs regardent les *plaques muqueuses* comme pouvant être le premier phénomène de la syphilis. C'est une erreur que l'on peut expliquer par la transformation *in situ* des chancres en plaques muqueuses, transformation qui s'opère quelquefois très-rapidement. Les plaques muqueuses ne sont jamais des accidents primitifs, ce sont des accidents souvent précoces, mais toujours secondaires.

Quelques auteurs ont admis aussi que le premier phénomène de la syphilis pouvait être un tubercule, une papule, et c'est surtout d'après les observations prises sur les faits d'inoculation syphilitique artificielle qu'est basée cette opinion; mais si on lit avec attention les observations, on voit dans la description minutieuse de l'accident primitif, qu'à un moment donné cette papule ou ce tubercule initial a présenté une excoriation, une ulcération qui se rapproche beaucoup par l'aspect de certaines ulcérations infectantes; souvent même, on peut reconnaître tous les caractères d'un vrai chancre, et, par conséquent, ces cas rentrent dans la règle qui veut que la syphilis commence par un ulcère.

Nous voici arrivés, en éliminant la blennorrhagie, les plaques muqueuses, etc., à l'opinion de l'école du Midi que nous avons citée plus haut : *le chancre est l'exorde obligé de la syphilis acquise*. Mais ici surgit une nouvelle

difficulté : le chancre ne présente pas toujours les mêmes caractères, il n'est pas toujours suivi des mêmes accidents, et de là est née cette distinction qui fait admettre deux espèces de chancres : le *chancre mou* et le *chancre induré*.

Le *chancre mou* paraît promptement après un contact suspect : il est formé par une ulcération à bords taillés à pic, décollés et déchiquetés, à fond grisâtre recouvert d'une fausse membrane comme diphthéritique ; sa base est molle, ne laisse sentir aucune dureté lorsqu'on la presse entre les doigts, et elle se confond insensiblement avec les tissus environnants. Il est habituellement multiple, il s'étend facilement, et il est sujet au phagédénisme. Il peut survenir plusieurs fois successives sur le même individu, et il est indéfiniment inoculable au sujet qui le porte. L'ulcération dont il s'agit se présente avec de la douleur et avec les autres caractères de l'inflammation ; dans son voisinage, les lymphatiques s'engorgent fréquemment, et il survient facilement dans les ganglions les plus proches un engorgement inflammatoire aigu, douloureux, et qui passe souvent à la suppuration.

Le *chancre induré* ne se développe qu'après une incubation assez longue : il est constitué par une ulcération petite, arrondie ou allongée, à fond rouge et à bords taillés à l'évidoir ; au bout de peu de jours, la base devient dure, indolente et nettement circonscrite. Il est ordinairement unique, et le phagédénisme l'atteint rarement. Il n'est inoculable ni au sujet qui le porte, ni à un individu syphilitique. Il ne détermine aucune réaction locale, ni chaleur, ni douleur, et sa guérison est rapide ; aussi passe-t-il souvent inaperçu. Enfin les ganglions qui

l'avoisinent deviennent ultérieurement le siége d'un engorgement indolent, n'ayant pas de tendance à la suppuration.

En présence de ces deux chancres à caractères si tranchés est née l'opinion de la dualité des virus, émise par M. Bassereau et adoptée par MM. Ricord, Cler, Diday, Rollet, etc. Ces auteurs admettent l'existence de deux maladies distinctes, produites par deux virus différents : le chancre mou ne donnant lieu qu'à une maladie locale, et le chancre induré, seul représentant de la syphilis, déterminant une infection générale et devant être considéré comme le seul point de départ de la maladie syphilitique. A côté de cette opinion si nette, nous en avons bien d'autres moins explicites, qui admettent des chancres mous, des chancres indurés, puis des chancres mixtes qui résulteraient du mélange des deux virus; mais nous ne nous arrêterons pas à ces subtilités, et nous chercherons sans plus tarder à apprécier la doctrine de la dualité des virus.

Si nous avons vu, dans la presque unanimité des cas, le chancre induré être suivi des symptômes de la syphilis confirmée, nous avons, d'un autre côté, observé quelquefois des faits bien positifs de chancres mous qui s'induraient plus tard, et aussi des faits également bien certains de chancres mous restant mous pendant toute leur durée, avec tous leurs caractères de multiplicité, d'étendue et de douleur, et étant suivis de syphilis. Y a-t-il là seulement une difficulté de diagnostic? Cela pourrait bien être à la rigueur; mais, devant ces observations, si nous considérons le chancre induré comme annonçant presque fatalement l'infection, à tel point que l'on peut regarder l'induration comme le premier phénomène de l'infection

générale, par contre, nous n'oserions dire que la syphilis ne viendra pas chez une personne qui ne présentera qu'un chancre mou; nous serions surtout très-réservé sur notre pronostic s'il s'agissait de femmes, car c'est surtout chez elles que nous avons observé des phénomènes syphilitiques consécutifs à des ulcérations présentant les caractères des chancres mous, et sur lesquelles nous n'avions jamais pu saisir les indices de l'induration. Donc, jusqu'à présent, dans l'état actuel des choses, nous n'oserions pas nous prononcer nettement sur cette question de la différence radicale entre les deux espèces d'induration chancreuse; et, tout en accordant que les faits sont le plus souvent en rapport avec la doctrine de la dualité des virus, chose importante à savoir pour la pratique, nous n'oserions pas encore y voir le résultat d'une loi constante.

Quelques auteurs admettent que l'accident primitif n'est pas absolument nécessaire et qu'il peut manquer. M. Cazenave et son école professent que le virus syphilitique peut être absorbé tout de suite sans laisser aucune trace locale. Nous croyons que, dans les cas sur lesquels on a établi cette théorie et dans lesquels on n'a pas constaté de chancre comme accident primitif, on a été trompé par une des causes que nous avons énumérées plus haut en parlant de la blennorrhagie. Nous pensons surtout que, dans ces circonstances, il s'agissait d'une ulcération située dans un lieu insolite; et, sans aller plus loin dans cette discussion, nous nous refusons d'une manière absolue à admettre que l'on puisse avoir la syphilis d'emblée.

Accidents secondaires.

Les accidents secondaires sont ceux qui appartiennent à la seconde période de la syphilis. Les auteurs ne sont pas d'accord sur les affections que l'on doit faire rentrer dans ce degré de la maladie, et un certain nombre de médecins n'admettent l'existence d'une syphilis constitutionnelle qu'à l'apparition des plaques muqueuses ou d'une syphilide. La plupart des auteurs modernes, au contraire, considèrent, comme nous l'avons dit, l'induration et la pléiade ganglionnaire voisine du chancre comme des accidents secondaires, comme des manifestations de l'infection de l'économie par le virus syphilitique; et, pour eux, l'incubation entre la première et la seconde période est très-courte, puisque l'induration arrive habituellement du septième au douzième jour après la naissance de l'ulcération. Quoique nous admettions que ces accidents soient des signes de syphilis confirmée, cependant nous ne ferons commencer la seconde période que plus tard, à l'apparition de l'engorgement des ganglions éloignés, des syphilides et des plaques muqueuses, parce qu'il y a le plus souvent, entre ces derniers accidents et les premiers, un temps d'arrêt qui semble permettre cette division clinique.

Les phénomènes que l'on peut rapporter à la seconde période de la syphilis sont assez nombreux; ce sont surtout un état général de malaise et de douleurs qui se montre fréquemment au début de cette période, l'engorgement des ganglions, les éruptions vers la peau et vers les muqueuses, enfin deux accidents qui ne se pré-

sentent qu'à la fin de cette période : le testicule et l'iritis syphilitiques. Nous allons donner une description succincte de ces diverses manifestations.

Un des premiers effets de la syphilis sur l'économie est la production de la chloro-anémie ; elle est très-prononcée chez les femmes et chez les sujets déjà débilités antérieurement : le teint devient jaune, pâle, subictérique ; il y a de l'inappétence ; les forces, l'embonpoint diminuent, les malades accusent un malaise général, des fatigues dans les membres. En même temps très-souvent ils ressentent des douleurs rhumatoïdes vagues dans les membres et à la tête ; ces douleurs augmentent pendant la nuit, et changent fréquemment de siége et d'intensité ; elles diffèrent des douleurs ostéocopes de la troisième période, qui sont fixes et constantes. La céphalée a surtout une grande importance ; elle diffère des migraines et de la névralgie ordinaire en ce qu'elle siége des deux côtés de la tête ou au moins au milieu : c'est une céphalalgie *bi-temporale*, augmentant le soir et pendant la nuit. Ce caractère de siége bilatéral sur la tête est si important, que plusieurs fois il nous a conduit à rechercher et à constater une syphilis que rien ne faisait soupçonner au premier abord, ou à prédire l'apparition prochaine d'une syphilide. Ces douleurs rhumatoïdes sont quelquefois assez intenses pour arracher des pleurs et des cris aux malades, et pour causer de longues insomnies qui augmentent encore la faiblesse et l'anémie.

A côté de ces douleurs rhumatoïdes, nous devons encore signaler d'autres affections nerveuses qui peuvent exister au début de la seconde période : ainsi on a signalé

des névralgies et des paralysies pouvant occuper tous les nerfs de l'économie, et présentant un diagnostic difficile qui ne peut être établi que d'après les antécédents et le résultat du traitement. Il ne faut pas confondre ces affections nerveuses de la seconde période avec celles de la troisième, lesquelles, beaucoup plus fixes et plus continues, sont dues, soit à une gomme développée sur le trajet du nerf, soit à une exostose produisant la paralysie par compression. Enfin, dans quelques cas, l'état général est plus grave ; on constate tous les jours un accès de fièvre jusqu'à l'apparition d'une syphilide, soit même une fièvre continue, comme au début d'une fièvre éruptive.

Ces phénomènes généraux sont cependant loin d'être constants : très-souvent l'individu infecté par le virus syphilitique continue à se bien porter ; il n'éprouve aucun trouble général qui puisse annoncer l'apparition des accidents secondaires. Ceux-ci arrivent sans prodromes, et, lorsqu'ils siégent dans un lieu peu apparent, ils peuvent se développer et se terminer sans que le malade en ait connaissance. Il nous est arrivé bien souvent de constater une roséole ou toute autre éruption légère sur des individus qui ignoraient complétement son existence.

Une des manifestations les plus fréquentes de la seconde période de la syphilis est l'*engorgement des ganglions* de la région cervicale postérieure. L'indolence de cette adénopathie est un caractère très-important ; elle fait que le malade ne s'en aperçoit pas habituellement et qu'il n'appelle pas sur ce point l'attention du médecin. Cet engorgement manque rarement ; on pourrait presque le regarder comme un phénomène caractéristique. En effet,

lorsqu'on examine les malades avec soin, il est rare que l'on ne constate pas une tuméfaction des ganglions post-cervicaux ou mastoïdiens. Il ne faut pas confondre cet engorgement indolent avec celui qui succède aux éruptions du cuir chevelu ou aux plaques muqueuses de la gorge et des lèvres, car ce dernier occupe le plus souvent les ganglions carotidiens ou sous-maxillaires ; quant à celui qui coïncide avec les affections du cuir chevelu, il est plus douloureux, il présente un caractère plus inflammatoire, et il a une marche plus rapide et plus en rapport avec le développement des affections dont il est symptomatique. Quelques auteurs, et particulièrement M. Cullerier, ne veulent pas admettre l'existence d'un engorgement essentiel, ne dépendant que de la syphilis ; selon eux, il serait toujours symptomatique et consécutif à une autre lésion. Cependant l'adénopathie cervicale postérieure arrive souvent plus tôt que les éruptions de la peau et des muqueuses, et elle existe fréquemment seule : aussi, nous admettons que cet engorgement est le plus ordinairement indépendant de toute lésion voisine. Cet engorgement indolent peut ne pas se borner à la région cervicale, il envahit aussi quelquefois d'autres ganglions ; on le rencontre surtout dans les ganglions carotidiens, claviculaires, axillaires, et dans le ganglion sus-épitrochléen. M. Bazin a signalé l'engorgement des vaisseaux lymphatiques qui vont aux ganglions ; mais on le trouve surtout lorsqu'il existe des pustules cutanées.

La syphilis se manifeste fréquemment à la peau et y développe des éruptions auxquelles on a donné le nom de *syphilides*, et l'on a désigné sous celui de *syphilides précoces*, celles qui appartionnent à la seconde période.

Elles ont pour caractères spéciaux d'être superficielles et de ne produire que peu ou point d'ulcérations, d'être généralisées, d'avoir une marche assez rapide et de ne laisser après elles que des maculatures qui disparaissent sans cicatrices. Au contraire, les *syphilides tardives*, celles qui appartiennent à la troisième période, sont plus profondes, plus ulcératives et plus circonscrites ; elles ont une marche plus lente, et elles ne guérissent qu'en laissant des cicatrices indélébiles. Nous étudierons plus tard avec plus de détails ces différents caractères.

Les muqueuses sont également le siége fréquent de manifestations de la seconde période de la syphilis; les *plaques muqueuses*, que l'on a appelées aussi *pustules plates*, sont quelquefois le premier accident secondaire ; cela arrive surtout lorsqu'elles sont formées par la transformation *in situ* d'un ou de plusieurs chancres. Elles peuvent durer longtemps et même reparaître plusieurs années après le début de la syphilis ; aussi ne rentrent-elles pas toujours, à proprement parler, dans les accidents secondaires. Nous n'insisterons pas davantage sur ce point, nous y reviendrons plus tard.

Un accident que l'on rencontre encore dans la seconde période, c'est l'*alopécie*. Cette manifestation peut manquer complétement ou être peu développée ; dans d'autres circonstances, elle existe à un degré très-prononcé et peut amener la chute presque complète des cheveux. Le plus habituellement, sous l'influence du traitement, les cheveux repoussent et sont aussi nombreux qu'auparavant. Quelques auteurs ont considéré les éruptions du cuir chevelu comme la cause de l'alopécie. Si, dans certains cas, les ulcérations syphilitiques peuvent produire

la destruction des follicules pileux, ce n'est pas une raison pour admettre que les syphilides papuleuses précoces superficielles puissent agir de même. Souvent d'ailleurs cet accident existe seul ou précède les éruptions du cuir chevelu. Nous ne croyons donc pas devoir admettre cette cause locale, et nous considérons l'alopécie comme dépendant de la syphilis elle-même.

A la fin de la seconde période, au moment que l'on pourrait désigner sous le nom de *période intermédiaire*, il est encore quelques affections qu'on peut voir se manifester, tels sont certaines éruptions, des plaques muqueuses, l'iritis et le testicule syphilitiques. *L'iritis syphilitique* ne présente aucun caractère particulier qui puisse la distinguer de l'iritis simple à marche chronique. Quelques oculistes ont voulu voir un signe spécial dans la forme de la pupille; mais cette déformation de la pupille, agrandie en haut et en dedans, n'existe pas toujours dans l'iritis syphilitique, et on peut la rencontrer dans l'iritis simple. Le *testicule syphilitique*, que l'on a encore appelé *testicule vénérien* et qu'il ne faut pas confondre avec l'orchite, ni avec les gommes du testicule, est un engorgement qui semble formé par l'hypertrophie du tissu fibreux; l'affection peut n'occuper que l'épididyme ou que le testicule, mais le plus souvent elle les envahit tous les deux, et l'épididyme paraît être enveloppé par le testicule; enfin il y a habituellement en même temps une hydrocèle plus ou moins développée de la tunique vaginale.

cune lésion morbide pour expliquer les symptômes observés; cependant l'absence de lésion est surtout fréquente dans les accidents nerveux qui arrivent pendant la seconde période. Ceux de la troisième période sont, au contraire, le plus souvent accompagnés d'altérations diverses, telles que des tumeurs gommeuses développées dans le cerveau ou dans la moelle, des exostoses comprimant l'encéphale ou les nerfs, ou des transformations diverses des nerfs eux-mêmes ou de leur névrilème, comme dans les névromes syphilitiques. Les organes des sens peuvent aussi être attaqués : ainsi, la vue peut être perdue complétement ou en partie, soit par une lésion du nerf optique altéré ou comprimé, soit par un exsudat sur la rétine ou la choroïde, soit par une opacité du cristallin ou une fausse cataracte suite d'une iritis. Le sens de l'ouïe est quelquefois aboli par une altération du nerf auditif, ou par une carie du rocher qui envahit l'oreille moyenne ou l'oreille interne.

Enfin les manifestations tertiaires de la syphilis attaquent aussi les *viscères*. Dans l'axe cérébro-spinal, elles produisent, comme nous l'avons dit plus haut, la paralysie générale, l'aliénation mentale, des accès épileptiformes, etc., avec ou sans altérations anatomiques; dans le foie, il y a une transformation jaunâtre, avec hypertrophie du tissu fibreux, comme dans la cirrhose; dans les reins, une altération se rapprochant de la maladie de Bright, etc.

Pendant la première période de la syphilis, la santé générale n'éprouve aucune atteinte, la lésion étant toute locale. Avant la seconde période et pendant les accidents

secondaires, ainsi que nous l'avons déjà dit, le malade peut ne présenter aucun phénomène général. Quelquefois il éprouve les symptômes que nous avons déjà décrits : des douleurs diverses, de la fatigue, du malaise et même de la fièvre ; on peut voir également se développer tous les symptômes de la chloro-anémie. Mais les troubles généraux graves n'arrivent guère que pendant la troisième période ; dans ces circonstances heureusement assez rares, la figure s'altère, la peau prend une teinte grisâtre ; il y a de l'inappétence, les digestions sont pénibles, la faiblesse musculaire survient, et l'amaigrissement fait de rapides progrès ; bientôt les fonctions digestives sont troublées, il y a des vomissements et de la diarrhée ; enfin il se manifeste une altération profonde de la nutrition qu'on a désignée sous le nom de *cachexie syphilitique*, état très-grave, car alors les médicaments spécifiques n'étant plus supportés, on est réduit le plus souvent à ne faire que la médecine des symptômes et à laisser la maladie continuer sa marche fatale.

Toutefois cette terminaison malheureuse est rare, et le plus habituellement on voit les malades atteints d'accidents tertiaires, même assez graves, conserver une bonne santé générale et éprouver rapidement les heureux effets du traitement spécifique.

DURÉE, MARCHE, TERMINAISONS.

Durée. — En faisant la description rapide des divers accidents qui se développent sous l'influence de la syphilis, nous n'avons pas parlé de la durée des différentes périodes, ni de celle des intervalles qui les séparent ; nous

allons nous y arrêter un moment. Pour le chancre, sa durée moyenne est de quinze jours à six semaines; après sa cicatrisation, l'induration peut persister pendant un ou deux mois, lorsqu'elle a existé, car nous avons vu qu'elle pouvait manquer. Le chancre dure quelquefois plus longtemps encore; il se prolonge pendant plusieurs mois. Dans quelques cas, après être resté un certain temps stationnaire, il se cicatrise spontanément au moment de l'apparition des accidents secondaires. Le chancre phagédénique persiste et s'étend pendant un temps beaucoup plus long, quelquefois pendant plusieurs années; mais alors c'est ordinairement un chancre simple, non infectant, et qui ne s'accompagne pas des symptômes constitutionnels de la syphilis.

La durée de l'incubation de la seconde période est variable; M. Ricord lui donne de six semaines à six mois, et il ajoute que tout individu qui, n'ayant pris aucun traitement, a dépassé ce dernier terme sans éprouver aucun accident, peut être considéré comme n'ayant pas la syphilis. Nous croyons que ce délai est trop court; en effet, nous avons vu des individus atteints d'accidents secondaires trois semaines après l'apparition du chancre, et d'autres, au contraire, ne les présenter qu'après être restés huit, dix et même douze mois avant d'avoir aucune autre manifestation. On ne doit donc pas poser la loi, qu'un individu n'aura pas la syphilis, s'il n'a éprouvé aucun symptôme pendant six mois; il faut attendre plus longtemps avant de le déclarer indemne.

La durée de la seconde période varie entre plusieurs mois et plusieurs années. En effet, on voit des individus être atteints d'accidents secondaires pendant deux ou

trois mois et ne plus en présenter jamais; d'autres, au contraire, présentent des symptômes successifs pendant plusieurs années. Quelques malades passent rapidement aux accidents tertiaires, tandis que le plus grand nombre présentent des manifestations secondaires pendant un ou deux ans, et ont une nouvelle incubation avant que les accidents tertiaires apparaissent.

Cet intervalle entre la seconde et la troisième période est habituellement assez long; sa durée est très-variable : le plus ordinairement il s'écoule deux, trois, six, dix, vingt et même trente ans avant que les symptômes de la troisième période se développent; mais d'autres fois aussi, particulièrement dans la variété grave de syphilis que l'on a appelée *syphilis maligne*, il existe à peine un intervalle entre la seconde et la troisième période, et les accidents appartenant à l'une et à l'autre se succèdent rapidement. N'oublions pas de dire, d'ailleurs, que la troisième période ne doit pas arriver nécessairement, et que, pour un assez grand nombre d'individus, la syphilis se termine après la disparition des accidents secondaires.

La durée de la troisième période ne peut être fixée. En effet, on voit des individus ne présenter qu'un seul accident tertiaire et ne plus en avoir pendant tout le reste de leur existence, tandis que d'autres sont atteints de plusieurs manifestations à une, deux, cinq, dix, vingt et trente années d'intervalle. Aussi il est impossible d'affirmer qu'un individu qui a eu un symptôme quelconque de syphilis confirmée, ne présentera pas plus tard, à une époque indéterminée, un nouvel accident; en un mot,

on ne peut jamais avoir la certitude complète d'une guérison définitive.

Marche, terminaisons. — La marche de la syphilis est le plus habituellement régulière, et le malade parcourt successivement les diverses périodes en présentant un ou plusieurs accidents de chacune d'elles. Un assez grand nombre de malades cependant ne passent pas par toutes les périodes : plusieurs, comme nous l'avons dit, ne présentent jamais d'accidents tertiaires. Mais est-il possible d'observer les accidents de la troisième période sans qu'ils aient été précédés de quelques symptômes secondaires? Cette question est assez difficile à résoudre : évidemment on trouve des accidents tertiaires chez des individus qui affirment n'avoir eu ni éruption cutanée, ni affection des muqueuses, ni adénopathie; mais ces manifestations étant souvent légères, presque toujours indolentes, ont pu exister et être passées inaperçues.

La syphilis peut-elle se terminer par la guérison? Cette terminaison, niée pendant longtemps, doit être admise aujourd'hui devant les faits de réinfection syphilitique dont nous allons bientôt parler; mais si la guérison est possible, on ne peut jamais affirmer qu'elle existe, car, comme nous l'avons déjà dit, il y a des individus syphilitiques, qui paraissent complétement guéris et qui présentent de nouveaux accidents tertiaires après quinze, vingt, trente ans de santé parfaite. Quand un individu a été atteint d'une affection appartenant à la troisième période, on ne peut être certain que tout est terminé, et qu'un nouveau symptôme de ce degré ne viendra pas

[redacted]

encore se manifester, soit dans le tissu osseux, soit dans les viscères.

La syphilis peut se terminer par la mort. Il est rare qu'elle ait lieu pendant la seconde période ; mais dans la troisième, elle peut être causée, soit par l'abondance de la suppuration, soit par la cachexie syphilitique, soit par une affection viscérale.

La syphilis peut-elle récidiver? Pendant longtemps on a nié aux individus syphilitiques la possibilité de contracter de nouveau la syphilis, et M. Ricord a dit que l'on ne guérissait pas la syphilis, et que, par conséquent, un individu syphilitique, ne pouvant être atteint en même temps de la même maladie, ne pouvait l'avoir deux fois. Cette opinion était basée sur ce fait, qu'il n'y avait aucune observation bien authentique d'un individu qui, après avoir eu des accidents secondaires ou tertiaires, aurait contracté de nouveau un chancre infectant suivi de nouveaux accidents constitutionnels; mais des faits nombreux de récidive de la syphilis ont été observés dans ces dernières années, et l'on est obligé aujourd'hui d'admettre la possibilité d'une seconde infection; ainsi, dans les *Archives générales de médecine* (juillet et août 1862), M. Diday a publié un mémoire *sur la réinfection syphilitique*. Dans ce travail, qui renferme 30 observations, il y en a 11 dans lesquelles les malades, après avoir eu un chancre et des accidents secondaires ou tertiaires, ont eu postérieurement un nouveau chancre infectant suivi de nouveaux accidents secondaires. Nous-même nous avons vu, dans notre service à l'hôpital Saint-Louis, cette année (1863) un fait intéressant:

un malade que nous avions traité, il y a quatre ans, pour des accidents tertiaires, est venu réclamer nos soins pour de nouveaux accidents secondaires succédant à un chancre qu'il avait contracté pendant qu'il était en traitement, quatre ans auparavant. Cette observation est remarquable par la possibilité de contracter un chancre infectant pendant le traitement des accidents tertiaires, et par la lenteur de l'incubation qui a existé entre l'accident primitif et les accidents secondaires. Tous ces faits prouvent donc que la syphilis peut quelquefois, mais rarement, se contracter une seconde fois, et qu'il ne faut plus regarder comme impossible une nouvelle infection syphilitique. Ils prouvent encore que la syphilis peut guérir; qu'elle peut, comme tous les autres virus, être éliminée de l'économie qu'elle a contaminée, et qui alors redevient apte à la contracter de nouveau. Ajoutons cependant que, dans ces cas de récidive, la seconde infection paraît moins grave que la première.

Syphilisation. — C'est en se fondant sur l'opinion qu'on ne peut plus être atteint par la syphilis, lorsqu'on l'a eue une première fois, qu'on a fondé la doctrine de la *syphilisation.* En inoculant la syphilis, et sous l'influence d'inoculations souvent répétées, on a prétendu que cette maladie suivait une marche plus rapide, plus bénigne, et que le malade, guéri bien plus promptement et plus complétement, ne pouvait plus, par cela même qu'il était *syphilisé*, être infecté de nouveau. De là, on a établi la syphilisation préventive, abandonnée aujourd'hui par son auteur, et la syphilisation curative, qui serait appliquée à la guérison radicale de la syphilis et de

ses accidents divers. Nous ne voulons pas discuter à fond cette méthode thérapeutique, laquelle est adoptée depuis plusieurs années à Christiania comme traitement habituel de la syphilis. M. Boëck, dont l'autorité est grande en matière de syphilis et de maladies cutanées, a publié des documents nombreux qui semblent prouver l'innocuité et l'avantage de la syphilisation. A Paris, M. Auzias-Turenne dit également l'avoir souvent employée avec succès, et il avance que les accidents qui ont été signalés de son emploi dépendent de la manière défectueuse dont elle avait été appliquée. Pour notre part, nous serions mal venu pour juger définitivement une méthode que nous n'avons jamais employée et que nous n'avons jamais vu appliquer; mais, en face des accidents graves que nous avons observés une fois chez un individu syphilisé et qui avait le corps littéralement couvert d'ulcères profonds et rebelles, nous croyons ne pouvoir mieux faire que de conseiller de s'abstenir d'un moyen aussi dangereux dans une maladie qui cède ordinairement à une thérapeutique bien moins dangereuse et dont les conséquences sont bien moins graves.

ÉTIOLOGIE.

Nous avons dit que la syphilis était une maladie constitutionnelle, qui pouvait être introduite dans l'économie de trois manières : par contagion, par inoculation et par hérédité. Comme l'inoculation n'est qu'une contagion artificielle, nous n'y insisterons pas, et nous ne nous occuperons que de la contagion et de l'hérédité, comme causes de l'infection syphilitique.

1° Contagion. — La contagion s'opère par le contact d'une muqueuse ou de la peau avec une partie atteinte d'une affection syphilitique. Les auteurs ne sont pas d'accord sur la question de savoir si la dénudation du derme est indispensable pour permettre la contagion : les uns croient qu'elle est indispensable pour la peau, mais qu'elle ne l'est pas pour les muqueuses; M. Cullerier croit qu'elle l'est également pour les muqueuses; il admet qu'une femme non syphilitique peut recevoir sur sa muqueuse vaginale intacte du virus syphilitique, le conserver et le transmettre à un autre individu qui en sera infecté, s'il présente des conditions favorables d'absorption, tandis qu'elle-même reste saine et sauve; et il appuie son opinion sur les expériences qu'il a faites à l'hôpital de Lourcine, où il déposait du pus syphilitique sur la muqueuse vaginale des femmes, et le laissait quelque temps sans les infecter. Malgré ces faits, nous ne sommes pas persuadé qu'il soit toujours nécessaire que le derme soit dénudé pour permettre au virus de s'introduire dans l'économie.

Le coït n'est pas le seul acte dans lequel on puisse contracter la syphilis; il est établi d'abord que des médecins et des sages-femmes, ayant une écorchure au doigt, ont eu un chancre après avoir touché une femme contaminée; d'autres fois, et nous en avons vu des exemples, la maladie a eu pour point de départ le dépôt d'un peu de pus virulent sur l'angle de l'œil, sur le nez ou la bouche, par le moyen d'un doigt qui en était imprégné.

On doit savoir que tous les points du corps peuvent être le siége d'un chancre, la porte d'entrée de la syphilis.

[redacted]

Aussi il faut examiner avec soin toutes les ulcérations placées dans les endroits les plus insolites pour ne pas les confondre avec des ulcérations simples. C'est faute d'avoir constaté ce siége insolite du chancre, qu'on a commis de nombreuses erreurs, relativement à l'accident primitif méconnu et nié obstinément.

Quels sont les accidents qui peuvent transmettre la syphilis par le contact?

Pour les uns, nous nommerons entre autres M. Cazenave et son école, toutes les maladies vénériennes, blennorrhagie, chancre, plaques muqueuses, peuvent donner la syphilis, et le résultat ultérieur du contact dépend de l'individu qui subit la contagion. Ainsi, un homme atteint d'une blennorrhagie, et qui aurait des rapports avec trois femmes, peut donner une blennorrhagie à la première, un chancre à la seconde des plaques muqueuses à la troisième; une femme portant un chancre peut donner au premier homme un chancre mou, au second un chancre induré, au troisième une blennorrhagie, au quatrième la syphilis d'emblée, etc. Dans cette doctrine, on admet entre tous les accidents vénériens une parité qui ne peut se soutenir devant des faits bien observés. Aussi, dans l'état actuel de la science, la plupart des auteurs rejettent la blennorrhagie simple, sans chancre uréthral, en dehors des affections qui peuvent donner la syphilis; de même que plus haut nous n'avons pas admis que la blennorrhagie simple puisse être l'accident primitif de l'infection syphilitique, de même nous refusons à cette affection le pouvoir de communiquer, par le contact, la maladie à une autre personne.

Nous avons admis qu'il y avait deux espèces de chancres, le chancre mou et le chancre induré, et que tous les deux pouvaient être le premier accident de la syphilis et être suivis d'accidents secondaires; mais que, tandis que la vérole était la règle après le chancre induré, elle était l'exception après le chancre mou. Maintenant, tous deux peuvent-ils transmettre la syphilis par contagion? M. Ricord et son école, qui maintenant admettent deux virus bien distincts, le virus chancreux et le virus syphilitique, veulent que toujours la source de la syphilis soit un chancre induré, et que le chancre mou ne donne jamais lieu qu'à un chancre mou non suivi d'accidents constitutionnels. Nous croyons que la question n'est pas encore suffisamment éclaircie, et que l'on doit rester dans le doute, sans admettre une distinction aussi absolue. Nous avons admis que le chancre mou pouvait quelquefois être suivi d'accidents secondaires, c'est-à-dire être infectant; nous croyons également que le contact d'une ulcération semblable peut sur une autre personne donner naissance tantôt à un chancre infectant induré, tantôt à un chancre simple

La faculté contagieuse du chancre serait, selon Hunter et M. Ricord, plus prononcée au début; ces auteurs n'admettent la contagion que dans les périodes de progrès et d'état, et non dans celle de réparation; ils affirment que, dans cette dernière période, le danger de communiquer la syphilis n'existe plus. M. Auzias-Turenne, au contraire, professe que le chancre est contagieux pendant toute sa durée, même alors que l'ulcération a fait place à une simple induration. Nous croyons que cette proposition est assez fondée : en effet, avec un chancre ulcéré, et à

la période de progrès ou à celle d'état, par des raisons inutiles à détailler, le malade est peu porté au coït; à la période de réparation au contraire, la douleur est calmée, l'ulcération est cicatrisée, et le malade est d'autant plus disposé aux rapports sexuels qu'il en a été privé plus longtemps. Si l'on admettait l'opinion de M. Ricord, et si les rapports vénériens n'étaient dangereux qu'aux deux premières périodes du chancre, il y aurait beaucoup moins d'individus contaminés.

Pour nous résumer, nous admettons que la source où a été puisée la syphilis peut être un chancre induré, un chancre mou, ou même un chancre en réparation.

Mais le chancre est-il la seule source de la syphilis? M. Ricord et quelques-uns de ses élèves ont longtemps considéré le chancre comme pouvant seul donner la syphilis, mais de nombreux faits sont venus ébranler cette doctrine, et M. Ricord lui-même a fini par admettre que, dans certains cas, la syphilis pouvait provenir de la contagion des accidents secondaires. Des expériences ont été entreprises par Vidal, Waller (de Prague), William Wallace, Rinecker, MM. Cazenave et Langlebert; assez récemment, M. Gibert a fait avec succès plusieurs inoculations au moyen du liquide provenant d'accidents secondaires, et M. Rollet a réuni un assez grand nombre d'exemples semblables dans son *Traité sur la syphilis*. Du reste, ces expériences étaient superflues; les faits cliniques pouvaient éclairer la question, et la contagion des plaques muqueuses était, pour bien des praticiens, un fait incontestable. La propagation de la maladie de la bouche de l'enfant au mamelon de sa nourrice était un exemple trop souvent répété pour qu'on ne dût pas l'ad-

mettre; et chez les adultes, on avait cité plusieurs faits dans lesquels la contagion semblait bien avoir eu lieu au moyen du contact avec des plaques muqueuses. Pour notre part, dans deux cas que nous avons bien observés et bien suivis, nous avons vu un enfant ayant des plaques muqueuses à l'anus, donner un chancre sur l'avant-bras de la personne qui le portait, laquelle a présenté ensuite des accidents de syphilis confirmée. Tous ces faits nous portent à conclure que l'on doit admettre la contagion par les plaques muqueuses; cette contagion, moins fréquente que celle par le chancre, vu la multiplicité des rapports sexuels avec des plaques muqueuses, se présente cependant encore assez souvent. Parmi les autres accidents secondaires, on peut admettre la contagion par les syphilides humides, mais elle est encore un sujet de doute par les syphilides sèches.

Quant à la contagion par les accidents tertiaires, jusqu'à présent il n'y a dans la science aucun fait authentique qui la prouve; et l'on peut croire que le liquide fourni par la suppuration des ulcères appartenant à cette période n'est pas doué de propriétés contagieuses.

La contagion de la syphilis par le *sang* a été niée par Hunter et par M. Ricord. Dans ces dernières années, on a fait quelques expériences pour prouver cette faculté contagieuse. Waller, de Prague (1850), a fait des scarifications sur la cuisse gauche d'un scrofuleux, et il a pansé la plaie avec de la charpie imbibée du sang d'une jeune femme arrivée à la seconde période de la syphilis; un chancre s'est développé et, soixante-cinq jours après, apparut une roséole suivie d'une éruption papulo-tuberculeuse. Un médecin, désigné sous le nom de l'*anonyme*

[redacted]

du Palatinat, a fait (1856) la même expérience sur neuf individus, et trois eurent des accidents syphilitiques : c'étaient les trois dont les plaies plus larges avaient été frottées plus longtemps avec du sang.

La contagion de la syphilis par la vaccine semble encore prouver l'influence contagieuse du sang : les observations du vétérinaire B..., du docteur Hubner, de Marcolini et de Cerioli, rapportées dans le mémoire de M. Viennois (1), nous montrent de véritables épidémies de syphilis transmise aux enfants par la vaccination, et communiquée ensuite des enfants à leurs mères et à leurs nourrices ; et dans ces faits, suivant le même M. Viennois, la propagation serait due à ce que la lancette du vaccinateur aurait été chargée de sang en même temps que de liquide vaccinal. Mais pourquoi le vaccin ne serait-il pas aussi infecté et aussi infectant que le sang ?

Jusque dans ces derniers temps cependant, aucune expérience n'avait été faite avec assez de garantie, et celles citées plus haut n'avaient pas présenté assez de certitude pour entraîner la conviction. M. le docteur Pierre Pellizari, professeur à l'école de médecine de Florence, recommença, en 1860, les tentatives de l'inoculation avec du sang syphilitique. Au mois de janvier, sur une femme de vingt-deux ans n'ayant pris aucun traitement spécifique, présentant comme accidents secondaires des plaques muqueuses ulcérées à la vulve et aux amygdales, une syphilide papuleuse, des adénopathies cervicales et inguinales, et ayant à l'anus un chancre induré en voie de cicatrisation, il prit du sang au moyen

(1) *Archives génér. de méd.*, 1860, t. VI, p. 641 ; t. VII, p. 32 et 297.

du scarificateur appliqué à la région hypochondriaque droite indemne de toute éruption, il en imprégna de la charpie, et il l'appliqua sur une surface dénudée du bras de deux médecins. On ne l'enleva que quarante-huit heures après. Depuis vingt-quatre mois, aucun phénomène ne s'est manifesté.

Mais, ne se contentant pas de ce fait négatif, M. Pellizari recommença devant les auditeurs de sa clinique, le 3 février 1862, cette expérience sur trois jeunes docteurs indemnes de tout accident syphilitique. Le sang fut pris par une saignée sur une femme de vingt-cinq ans, enceinte de six mois, et présentant les adénopathies inguinales et cervicales, des plaques muqueuses à la vulve et à l'anus, de la roséole sur le corps et des pustules dans les cheveux. On appliqua de la charpie imbibée de ce sang sur une surface dénudée au bras de chaque médecin; le sang était encore chaud quand il fut appliqué sur le premier, au second il était froid, au troisième il était froid et coagulé. Les deux derniers médecins n'éprouvèrent rien de particulier. Chez le premier, au bout de vingt-huit jours, le 3 mars, apparut une papule qui, d'abord sèche, se recouvrit d'une croûte, et alors se manifesta l'engorgement indolent des ganglions axillaires. Le 22 mars, la croûte tomba et l'on vit un chancre avec tous ses caractères et sa base indurée. Le 4 avril, au cinquante-huitième jour, céphalée et adénopathies cervicales; le 12 avril, apparition de la roséole et, le 22, d'une syphilide papuleuse.

Nous avons cru devoir rapporter ce fait avec quelques détails, à cause de son importance; en effet, jusqu'ici toutes les expériences n'ayant pas eu une publicité suffi-

[redacted]

sante, pouvaient ne pas paraître concluantes; tandis que ce fait prouve d'une manière évidente que le sang d'un individu atteint de syphilis à la seconde période, peut, par son contact et sur une surface dépouillée d'épiderme, donner la syphilis à un individu indemne de toute infection antérieure. De là la conclusion qu'un homme qui, à l'époque des règles, aura des rapports avec une femme syphilitique, mais ne présentant alors aucun accident apparent, pourra, s'il a une écorchure, contracter la syphilis. De là encore l'explication de ces faits de contagion de la syphilis par le doigt, en touchant, pendant leurs règles ou leurs couches, des femmes ne présentant aucun accident syphilitique local; ou encore de ces contagions par la vaccine, en chargeant la lancette de vaccin mêlé de sang pris sur un enfant syphilitique, et en inoculant ce mélange à des sujets sains.

On s'est aussi demandé si le *lait* pouvait transmettre la syphilis, et si un enfant présentant une écorchure aux lèvres ou dans la bouche, pourrait ainsi être infecté. Jusqu'à présent il n'existe aucun fait qui prouve la propriété contagieuse du lait. Lorsqu'une nourrice donne la syphilis à un enfant, la contagion a presque toujours lieu par des plaques muqueuses qu'elle a aux seins, aux lèvres ou à tout autre endroit avec lequel l'enfant peut être mis en contact.

2° Hérédité. — La syphilis peut se transmettre par hérédité, et alors les enfants présentent en naissant des accidents syphilitiques ou, ce qui est plus commun, la maladie ne se développe chez eux que plusieurs semaines ou même plusieurs mois après leur naissance. Mais dans

cette transmission héréditaire, que personne ne révoque en doute, nous trouvons plusieurs questions accessoires que nous devons indiquer.

Lorsque le père seul est syphilitique et que la mère est saine, MM. Cullerier et Notta croient que l'enfant n'est pas infecté; nous pensons, au contraire, avec MM. Trousseau, Depaul, Diday, etc., que le père peut infecter ses enfants. Des faits positifs prouvent, en effet, l'influence du père malade sur l'enfant, la mère restant saine; et l'on ne peut rejeter l'influence morbide du père, lorsqu'on voit dans les animaux le mâle avoir une influence prépondérante sur les produits. Nous croyons aussi que la syphilis chez le père est une cause fréquente d'avortement par le peu de vitalité du fœtus.

Quelques auteurs admettent que le père peut procréer un enfant syphilitique qui, à son tour, infecte sa mère pendant qu'il est encore dans l'utérus : la mère, dans ce cas, ne présenterait jamais d'accident primitif, la syphilis débuterait chez elle par des accidents secondaires. Jusqu'à ce jour, cette opinion n'est établie sur aucun fait authentique. Pour expliquer la syphilis de la mère, il est plus simple, au lieu d'invoquer l'infection par le fœtus, de croire qu'elle a contracté directement la maladie du père, et que l'accident primitif est passé inaperçu.

Lorsque la mère est syphilitique, le père étant sain, l'enfant peut naître syphilitique; nous disons *peut* naître, car, dans tous ces cas, même lorsque les deux parents ont la syphilis, l'enfant n'est pas nécessairement infecté. L'influence des parents est en rapport avec l'âge de leur maladie : plus leur syphilis est ancienne, plus il y a de chances pour que l'enfant échappe à l'infection.

[redacted]

Si la mère, saine au moment de la conception, a contracté la syphilis pendant sa grossesse, infectera-t-elle son enfant? M. Ricord croit que, pour que l'infection ait lieu, il faut que la femme devienne syphilitique pendant les six premiers mois de la grossesse, parce que plus tard l'enfant serait assez fort pour résister à l'influence du virus. M. Cullerier croit que l'infection a toujours lieu, quelle que soit l'époque où la mère devient malade. Nous nous rangeons à cette opinion, parce que nous ne croyons pas qu'un enfant soit jamais assez fort pour résister au virus syphilitique, et parce que nous avons vu des faits qui démentent la première opinion. Cependant nous devons dire que, plus l'infection de la mère sera près du moment de la conception, plus les conséquences de l'infection seront graves pour l'enfant, car la syphilis du fœtus a une marche très-rapide; et si l'enfant a été infecté de bonne heure, il peut mourir avant terme dans le sein maternel, ou naître avec des accidents viscéraux qui compromettront promptement l'existence.

Dans quelques cas heureusement rares, la mère, atteinte au moment de l'accouchement d'un chancre ou de plaques muqueuses à la vulve, peut infecter l'enfant au passage. Mais nous ne nous arrêterons pas à ces faits, car alors la syphilis n'est pas véritablement héréditaire, elle est transmise par contagion.

Quelques auteurs admettent que des parents syphilitiques peuvent donner naissance à des enfants exempts de syphilis, mais scrofuleux. Dans ces exemples qu'on ne peut récuser, la scrofule des enfants n'est pas le résultat direct de la syphilis des parents, car une maladie constitutionnelle ne peut pas se transmettre en une autre;

mais la syphilis peut produire chez les parents une détérioration de la santé telle, que les enfants naissent scrofuleux, ainsi qu'il arrive pour toutes les circonstances dans lesquelles les parents sont débilités par une cause quelconque.

3° Causes occasionnelles. — Jusqu'ici nous n'avons parlé que de la contagion, de l'inoculation et de l'hérédité, parce que ce sont les seules causes qui peuvent produire l'infection syphilitique. Mais si les causes occasionnelles n'ont aucune influence sur la production de la syphilis elle-même, elles agissent sur les manifestations syphilitiques dont elles peuvent favoriser l'apparition. Ainsi, les accidents secondaires et tertiaires ont la syphilis comme cause première et essentielle, et ils peuvent se manifester par l'évolution naturelle de la maladie; mais dans un certain nombre de cas, l'apparition de ces accidents est déterminée, à un moment donné, par une cause occasionnelle, tels sont, par exemple, les bains sulfureux ou les bains de vapeur, qui provoquent souvent la manifestation d'une syphilide; nous avons vu, cette année, une roséole se développer après les frictions du traitement de la gale. La fatigue, la misère, les chagrins, les émotions morales, peuvent exercer la même influence sur le développement des divers accidents, qu'ils appartiennent à la seconde ou à la troisième période. Nous avons vu un homme, ayant eu un chancre vingt-cinq ans auparavant, présenter une syphilide tardive et grave quinze jours après un naufrage, dans lequel il était resté plusieurs heures entre la vie et la mort.

TRAITEMENT.

Commençons par dire que la syphilis peut guérir spontanément : lorsque le malade se trouve dans de bonnes conditions hygiéniques, la maladie suit la marche normale ; elle présente des accidents secondaires ; plus tard, un ou plusieurs phénomènes tertiaires peuvent apparaître, et l'on peut voir tous ces accidents se terminer par la guérison sans qu'on ait employé de traitement. Cependant, comme il est assez rare que les manifestations syphilitiques se guérissent aussi facilement, et comme on ne peut savoir s'il ne surviendra pas quelques affections plus graves, on ne doit pas trop compter sur la guérison spontanée ; et nous pensons que, dans la plupart des cas, il est préférable de soumettre les individus syphilitiques à un traitement rationnel. Seulement, dans les cas où les affections sont légères, chez les individus qui supportent mal les médicaments, il est bon de savoir qu'on peut s'en abstenir sans grand dommage pour les malades.

Nous ne parlerons pas du traitement local que peuvent réclamer les différentes affections développées sous l'influence de la syphilis, parce que cela nous entraînerait au delà du sujet de notre cours ; et, quant aux indications spéciales que réclament les syphilides, nous les donnerons après avoir tracé la description de ces éruptions. Nous nous bornerons donc à parler ici du traitement général.

A propos de la thérapeutique de la syphilis, une première question qui se présente est celle de savoir s'il y a quelque moyen d'empêcher la maladie de se développer

une fois qu'il existe déjà un phénomène primitif. M. Ricord a professé longtemps cette opinion, qu'un chancre ne produit jamais l'infection, s'il est fortement cautérisé dans les quatre premiers jours de son apparition. Au premier abord et théoriquement, cette proposition paraît peu admissible : en effet, si l'on admet, comme les inoculations le démontrent, que le chancre est précédé lui-même d'une période d'incubation, et que l'économie est déjà infectée lorsque l'ulcération paraît, la cautérisation que l'on pratique alors doit être inutile; de plus, depuis que cette opinion a été formulée, des faits cliniques sont venus la contredire : MM. Diday et Langlebert ont vu des chancres, cautérisés au troisième et même au second jour, être suivis plus tard d'accidents secondaires. On doit croire que ce qui a induit en erreur M. Ricord et M. Sigmund (de Vienne), c'est qu'ils ont cautérisé des chancres simples à une période où l'on ne peut les distinguer des chancres infectants, l'induration ne se montrant que plus tard. Il est bien établi aujourd'hui que la cautérisation du chancre, ni aucun traitement local ne peut enrayer le cours de la maladie; ajoutons que le mercure lui-même, donné dans la première période de la syphilis, n'empêche en rien le développement des accidents consécutifs, et qu'il n'a aucune action préventive, ni lui, ni aucun autre médicament.

Pendant la *première* période de la syphilis, contre l'accident primitif, on se contentera d'employer soit des émollients, des cataplasmes, des bains lorsqu'il existe quelques signes d'inflammation, soit quelques lotions excitantes, telles que le vin aromatique, l'eau blanche, l'eau chlorurée, etc. Du reste, le plus habituellement, la gué-

[redacted]

rison du chancre survient spontanément, sans que le traitement local hâte ou favorise beaucoup sa cicatrisation.

Lorsque l'induration est arrivée, lorsque l'engorgement ganglionnaire indolent est manifeste, on est déjà à la *seconde période*. Quelques auteurs, sans aller aussi loin que ceux qui donnent des préparations mercurielles à l'intérieur contre tous les accidents vénériens qu'ils soient syphilitiques ou non, veulent que l'on donne du mercure dès que l'induration et la pléiade ganglionnaire existent; d'autres, au contraire, préfèrent attendre l'apparition des syphilides et des plaques muqueuses pour être certains que le malade a bien la syphilis. Quant à nous, nous sommes d'avis de donner les médicaments spécifiques dès l'apparition des premiers symptômes de l'infection. Nous espérons de cette manière, sinon prévenir les accidents ultérieurs, au moins retarder leur manifestation et peut-être en adoucir l'expression. Mais dans les cas douteux, alors que l'induration est peu prononcée, lorsque la pléiade ganglionnaire indolente est peu manifeste, et, à plus forte raison, quand le chancre est mou et qu'on n'en a pas reconnu la nature par l'inoculation sur le sujet, on doit attendre l'apparition d'une syphilide pour commencer le traitement.

Dans la *seconde période* de la syphilis, le vrai médicament spécifique est le *mercure :* que l'on emploie le protoiodure en pilules, le bichlorure en pilules ou en solution comme dans la liqueur de Van Swieten, ou le mercure uni à l'axonge comme dans les pilules de Sédillot, ou toute autre préparation, on en retirera toujours de très-bons résultats. Il n'y a entre les diverses formules mercurielles que de légères différences : la liqueur de

Van Swieten semble troubler davantage les fonctions digestives, le protoiodure fait saliver plus facilement; aussi donnons-nous habituellement la préférence aux pilules de Sédillot, qui paraissent être mieux supportées, mais sans nous prononcer exclusivement contre les autres préparations. Quant aux doses, nous sommes d'avis de ne pas les exagérer; il faut donner ces médicaments de manière qu'ils ne déterminent aucun trouble morbide; ainsi, s'il survient de la salivation, des troubles gastriques ou de la diarrhée, on doit tout de suite suspendre l'usage du mercure, traiter la complication, et, lorsqu'elle aura disparu, on prescrira de nouveau le médicament spécifique à une dose moins élevée. Les doses qui nous ont paru le mieux convenir aux malades, sans produire aucun accident, sont : une, deux ou trois pilules de Sédillot; une, deux ou trois pilules de protoiodure à la dose de 2 centigrammes et demi, ou une à deux cuillerées de liqueur de Van Swieten.

On a encore vanté comme antisyphilitiques, un grand nombre de médicaments, et particulièrement les préparations d'or préconisées par Chrétien (de Montpellier), les décoctions et les sirops sudorifiques; mais ces médicaments sont aujourd'hui abandonnés à cause de leur peu d'efficacité.

L'iodure de potassium ne doit certainement pas être considéré comme un spécifique pendant cette seconde période; cependant les iodures, et particulièrement l'iodure de potassium, ont une action très-puissante contre les céphalées et les douleurs rhumatoïdes; administré à la dose de 1 à 2 grammes par jour, l'iodure de potassium les fait disparaître en deux ou trois jours, tandis

[redacted]

que le mercure ne les calme que plus longuement, et que souvent même il est impuissant à les adoucir. Les iodures de potassium et de fer, dans la seconde période de la syphilis, ne s'adressent donc pas à la maladie, mais à un symptôme spécial seulement ; aussi il est inutile de les continuer longtemps après la disparition des douleurs qui ont motivé leur administration. Quant à la pratique qui semble être adoptée aujourd'hui par quelques médecins, et qui consiste à prescrire de l'iodure de potassium à la fin d'un traitement mercuriel, dans le but théorique de détruire le mauvais effet du mercure sur l'économie, nous avouons que nous ne l'avons jamais suivie, et que nous ne nous en sommes pas mal trouvé.

Dans la *troisième période* de la syphilis, l'*iodure de potassium* est le médicament spécifique par excellence ; il a alors encore plus d'action que le mercure pendant la seconde période. On le donne à la dose de 1 à 3 grammes par jour dans une tasse de tisane. Quelques médecins élèvent la dose de ce médicament jusqu'à 10 et 20 grammes; nous croyons que ces hautes doses sont inutiles, elles fatiguent le malade et la guérison n'est pas plus rapide qu'avec une faible dose. Ce n'est que dans les cas d'ulcérations très-rebelles, que nous avons été quelquefois obligé d'élever la dose jusqu'à 6 ou 8 grammes; mais le plus ordinairement nous obtenons le résultat voulu, ainsi que nous le disions tout à l'heure, avec 1, 2 et au plus 3 grammes en vingt-quatre heures.

Nous avons l'habitude d'ailleurs de donner concurremment une préparation mercurielle; nous avons remarqué que la guérison est alors plus rapide que si l'on emploie l'iodure de potassium seul. Quelques médecins qui

administrent aussi les deux médicaments contre les accidents tertiaires, les réunissent ensemble dans une même préparation. Nous croyons qu'il est préférable de les donner séparément : un gramme d'iodure de potassium matin et soir, une ou deux pilules de Sédillot dans la journée, telle est notre prescription habituelle.

Si le plus souvent on peut ordonner les médicaments spécifiques, et si l'on en retire de bons résultats, il y a des cas où l'on ne peut les administrer. Ainsi, lorsque les malades sont affaiblis, débilités, lorsqu'ils présentent quelques symptômes de la diathèse scrofuleuse, le mercure est souvent plus nuisible qu'utile ; il faut alors rejeter ce médicament, et attaquer la maladie indirectement, en agissant sur la constitution au moyen de l'huile de foie de morue, des préparations de fer et de quinquina, etc., et en conseillant des moyens hygiéniques qui agissent dans le même sens. C'est surtout lorsque les malades sont arrivés à la cachexie syphilitique, que les médicaments spécifiques doivent être proscrits; car alors, au lieu de guérir, ils aggravent encore l'état général. On ordonne alors l'iodure de fer, le quinquina, un régime fortifiant, une bonne hygiène ; si la cachexie est avancée, on insiste surtout sur le régime alimentaire, et l'on donne en outre de l'opium, de la thériaque, du diascordium. Plus tard, lorsque l'état général est meilleur, lorsque les forces sont revenues, et surtout lorsque l'appareil digestif le permet, on peut alors prescrire de nouveau les spécifiques.

On a beaucoup vanté, dans le traitement de la syphilis, l'usage des sudorifiques ; beaucoup de médecins, parmi lesquels nous citerons Lagneau, ont admis leur action

[redacted]

curative. Nous n'y croyons pas, nous regardons ces médicaments comme ayant peu de valeur, et s'il nous arrive quelquefois de prescrire une tisane de salsepareille, c'est plutôt par habitude que par une confiance raisonnée en leur efficacité.

Dans les cas de syphilis rebelle, alors que le mercure et les iodures n'ont pas amené la guérison des accidents, ou alors que leur action favorable est très-lente, on trouve de ons auxiliaires dans les *eaux minérales*. On conseille surtout alors les eaux sulfureuses, telles que celles de Baréges, de Luchon, d'Ax, d'Uriage, d'Aix-la-Chapelle, d'Enghein, etc. En même temps que le malade est soumis au traitement thermal, on doit lui continuer les spécifiques, dont l'usage sera suivi des meilleurs résultats. Au contraire, chez les malades fatigués par un traitement spécifique prolongé, on doit cesser ce traitement, chercher à fortifier la constitution par les eaux, et plus tard on pourra reprendre avec avantage le mercure ou les iodures, lesquels auront alors une efficacité réelle.

N'omettons pas que, pendant le cours de la syphilis, surtout au moment où sévissent les diverses manifestations, il faut apporter un soin extrême aux précautions hygiéniques. Ainsi, le malade devra être soumis à un régime très-fortifiant, composé principalement de bon vin et de viande, pour lutter contre l'action débilitante de la maladie, et aussi contre l'action altérante des médicaments. On devra surveiller l'habillement; le malade ne devra pas être trop couvert, parce que la trop grande chaleur peut déterminer l'apparition d'une syphilide, mais il devra également éviter avec soin le froid, qui

peut faire apparaître d'autres manifestations. Enfin, les excès de tous genres doivent être proscrits, d'abord parce qu'ils débilitent l'économie qui est déjà assez faible, et ensuite parce qu'ils peuvent amener la manifestation de nouveaux accidents syphilitiques.

[redacted]

CHAPITRE V

DES SYPHILIDES.

Par le mot *syphilides* nous entendons les maladies cutanées qui se développent sous l'influence de la syphilis.

Les auteurs qui admettent l'antiquité de la syphilis, ont cru reconnaître le caractère spécifique dans certaines maladies cutanées, dont les descriptions nous ont été laissées par les auteurs anciens, et ils ont pensé que les syphilides ont été souvent confondues avec la lèpre, qui a disparu en Europe à peu près complétement à l'époque de l'apparition de la syphilis. Sans revenir sur toutes les raisons que nous avons données plus haut comme preuves de la première apparition de la syphilis à la fin du XV[e] siècle, nous ferons remarquer que ces descriptions des auteurs anciens, invoquées comme preuves de l'ancienneté de la syphilis, sont très-confuses, tandis que celles dues à Fallope, à Massa, à Fracastor, sont si exactes, si nettes, que l'on peut encore aujourd'hui reconnaître très-facilement les maladies dont ils parlent. Il est vrai que ces éruptions avaient à cette époque une intensité que l'on ne rencontre plus que très-rarement; mais malgré ce degré de gravité, leurs caractères sont très-tranchés, et de plus les auteurs qui ont assisté à l'apparition de la syphilis, ont tous regardé ces éruptions comme des maladies nouvelles et non encore décrites.

Pendant longtemps, aucun travail spécial ne fut entrepris sur les manifestations cutanées de la syphilis, et les syphilides furent étudiées au milieu des autres maladies de la peau. Willan et Bateman eux-mêmes, attachant trop d'importance à la lésion élémentaire, et ne divisant pas les maladies cutanées d'après leur nature, ne surent pas séparer des autres maladies cutanées celles dues à la syphilis, et en faire une classe particulière.

En l'an X, Trappe, interne des hôpitaux, publia un mémoire sur les affections cutanées syphilitiques ; il les divisa en pustules vénériennes et en excroissances, et il sut comprendre presque toutes les syphilides dans les sept espèces qu'il établit, d'après les caractères les plus saillants de ces éruptions. Vers la même époque, Lagneau fit paraître sa thèse inaugurale sur les éruptions vénériennes ; sa classification se rapproche beaucoup de celle de Trappe. En 1820, Cullerier l'Ancien publia, dans le *Dictionnaire des sciences médicales*, un article sur les éruptions vénériennes, qu'il appela encore *pustules vénériennes;* il admit des pustules ulcéreuses, des pustules tuberculeuses, des pustules formiées, galeuses, croûteuses, etc.

Tous ces travaux vinrent mettre un peu d'ordre dans les éruptions syphilitiques, mais ils étaient encore trop incomplets. Alibert lui-même fit faire peu de progrès à cette étude ; il conserva les onze espèces de Cullerier, mais il eut le mérite de changer le nom impropre de *pustules* en celui de *syphilides*, dénomination qui est restée dans la science, parce qu'elle indique la véritable nature de ces éruptions.

Le véritable progrès dans l'étude des éruptions véné-

[redacted]

riennes est dû à Biett, médecin de l'hôpital Saint-Louis, en même temps qu'Alibert. Biett, acceptant le mot de *syphilides* créé par son collègue, et rejetant les formes secondaires admises par Cullerier, décrivit les diverses éruptions syphilitiques en les classant, d'ailleurs, selon la méthode de Willan, d'après leurs lésions élémentaires. Il admit ainsi une syphilide exanthématique, une syphilide vésiculeuse, une syphilide bulleuse, une syphilide pustuleuse, une syphilide tuberculeuse, une syphilide papuleuse, et une syphilide squameuse. Il donna surtout une description parfaite des caractères généraux des syphilides, et traça de main de maître le diagnostic précis des diverses espèces. Cet illustre médecin éleva l'étude des manifestations cutanées de la syphilis à un tel point, que l'on a ajouté peu de chose à ses travaux. Quelques additions furent dues cependant à ses élèves, MM. Cazenave, Legendre, Bassereau, et aussi aux médecins représentant l'école de Lyon, MM. Diday et Rollet.

Aujourd'hui, grâce à ces nombreux travaux, l'étude des syphilides est l'une des plus avancées de la dermatologie, et tous les médecins les regardent comme les maladies cutanées les mieux connues relativement au diagnostic et au traitement. En effet, ces éruptions se montrent avec des caractères si tranchés, que le diagnostic offre peu de difficulté au médecin possédant quelques connaissances en pathologie cutanée, et le traitement est bien tracé comme celui de toutes les maladies que l'on guérit habituellement avec des spécifiques.

Dans notre étude sur les manifestations cutanées de la syphilis, nous allons d'abord exposer les caractères généraux qui donnent aux syphilides, quels que soient leur

forme et leur siége, une physionomie particulière qui les fait facilement distinguer, dans la plupart des cas, des autres éruptions cutanées; puis, nous entrerons dans l'étude des variétés particulières des espèces, et nous finirons par les indications thérapeutiques que peuvent réclamer certaines variétés.

CARACTÈRES GÉNÉRAUX DES SYPHILIDES.

Nous avons dit que les éruptions syphilitiques se présentaient avec des caractères généraux si tranchés, que dans la plupart des cas on les reconnaissait facilement. Ces caractères, communs à toutes les variétés de syphilides, doivent être recherchés dans l'association et le mélange de plusieurs espèces, dans la coloration et la forme des éruptions, dans les phénomènes secondaires (squames, croûtes, ulcérations et cicatrices), dans le siége habituel, dans les phénomènes locaux et généraux, dans les affections concomitantes, et dans la marche de ces maladies cutanées, qui offre elle-même quelque chose de spécial.

Polymorphie. — Un caractère très-important des éruptions syphilitiques, et surtout des éruptions qui surviennent dans la seconde période de la maladie, c'est de se présenter en même temps sous plusieurs formes élémentaires réunies; on rencontre simultanément sur le même individu des taches, des squames, des pustules. Nous avons proposé le mot de *polymorphie*, pour exprimer ce mélange de plusieurs espèces.

Coloration. — La couleur des syphilides est toute particulière et spéciale, et malgré les descriptions et les

[redacted]

comparaisons qu'on en a données, il est difficile de l'indiquer d'une manière exacte; aussi a-t-on pris l'habitude de l'appeler la *coloration syphilitique*. Pour rendre cette couleur, les anciens auteurs avaient fait différentes comparaisons ; ainsi, Fallope la comparait à la couleur du maigre de jambon, et cette comparaison est très-juste, elle rappelle la couleur rouge sombre des syphilides, qui n'ont ni la teinte violacée des scrofulides, ni la teinte rouge vif des exanthèmes. Swediaur, ayant comparé cette coloration au cuivre rouge, lui donna le nom de *coloration cuivrée;* ce nom, quoique moins juste que celui de Fallope, est resté, et aujourd'hui l'expression de *teinte cuivrée* amène aussitôt l'idée d'une éruption syphilitique. Cette coloration n'est pas toujours aussi tranchée ; ainsi, dans les syphilides récentes, on rencontre une couleur rose, puis rouge, et c'est surtout vers la fin que se montre la teinte spécifique. Dans quelques cas, dans les syphilides papuleuse ou tuberculeuse disséminée, la coloration prend une teinte brune très-foncée. Lorsque la lésion élémentaire est constituée par une saillie pleine, par une papule ou un tubercule, par exemple, la coloration spécifique se voit sur toute la saillie ; lorsqu'au contraire, l'éruption est formée par des pustules, des vésicules ou des ulcérations, la couleur n'existe qu'autour de la lésion cutanée, souvent même elle ne se montre qu'autour d'un groupe de vésicules ou de pustules réunies. Plus tard, lorsque la lésion s'affaisse et disparaît, lorsque l'ulcération se cicatrise, la coloration spéciale se retrouve à la place occupée auparavant par la lésion éruptive.

Forme. — Les éléments éruptifs des syphilides affectent, en général, une forme circulaire ou semi-circulaire;

ainsi, on voit les éruptions disposées en cercles complets, on segments de cercle plus ou moins étendus. Cette disposition des éruptions est peu marquée dans les syphilides précoces, mais elle est très-fréquente dans les syphilides appartenant à un âge avancé de la maladie. Cette forme est un très-bon caractère diagnostique, mais il ne suffit pas à lui seul pour faire reconnaître une syphilide, car on retrouve d'autres éruptions qui affectent la même forme : ainsi, le psoriasis, l'herpès circiné, etc., présentent la même disposition.

Absence de douleur et de démangeaison. — Ce caractère est un des meilleurs pour reconnaître les syphilides, et toutes les fois que l'on est en présence d'une éruption ne présentant ni prurit, ni douleur, on doit penser à une éruption syphilitique ; et par contre, toutes les fois qu'une syphilide est accompagnée d'un prurit même modéré, il faut rechercher s'il n'y a pas une complication qui expliquerait ce dernier phénomène. C'est en agissant ainsi, que nous avons trouvé plusieurs fois que ce prurit dépendait soit de la gale, soit d'une urticaire, soit d'une affection dartreuse. Nous devons dire cependant que les syphilides du cuir chevelu sont quelquefois prurigineuses, et qu'il n'est pas très-rare de rencontrer, au début de quelques syphilides, une légère démangeaison, laquelle disparaît habituellement au bout de peu de temps.

Phénomènes secondaires de l'éruption. — A mesure que les syphilides se développent, elles se modifient dans leur aspect, et elles présentent des phénomènes consécutifs, qui offrent eux-mêmes des caractères particuliers dus à leur origine : tels sont les squames, les croûtes, les ulcérations et les cicatrices.

[redacted]

Les *squames* sont blanchâtres, superficielles, elles ne recouvrent quelquefois qu'incomplétement la saillie éruptive; elles se distinguent de celles du psoriasis, qui sont plus épaisses, moins adhérentes, et imbriquées en plusieurs couches. Biett attachait une grande valeur au liséré épidermique blanchâtre, en forme de collerette, qui circonscrit les squames; ce signe est simplement dû à un détachement de l'épiderme autour de la lésion éruptive.

Les *croûtes*, qui succèdent à la rupture des pustules syphilitiques ou à l'ulcération des tubercules, présentent une coloration d'un vert noir, tout à fait spéciale. Ces croûtes sont épaisses, inégales, très-adhérentes, comme enchâssées dans la peau qui les entoure; leur surface est stratifiée, et quelquefois elle présente des éminences, des aspérités, qui la font ressembler à un coquillage ou à une écaille d'huître.

Les *ulcérations*, qui succèdent à une syphilide, présentent aussi des caractères particuliers. Elles sont arrondies; leurs bords sont nets et taillés à pic, ils ne sont pas décollés; le fond est grisâtre et comme revêtu d'une pseudo-membrane; le pus est sanieux, fétide et très-plastique. Souvent, autour de l'ulcération, on trouve une auréole présentant la teinte brune caractéristique.

Les *cicatrices* qui succèdent aux ulcérations, sont arrondies et moins grandes que l'ulcération; le centre présente une dépression en rapport avec la perte de substance; la peau est ridée, ou unie et très-fine. Cette cicatrice présente, dans les premiers temps, une coloration d'un brun violet, souvent plus marquée qu'elle ne l'était autour des ulcérations; puis, cette coloration dis-

paraît peu à peu, pour faire place à la teinte blanche commune à toutes les cicatrices. La forme des cicatrices peut, dans certains cas, faire reconnaître l'éruption qui lui a donné naissance; ainsi, la disposition des cicatrices fait reconnaître une syphilide tuberculeuse circonscrite, ou une syphilide serpigineuse, par l'étendue de la cicatrice et par sa forme spéciale.

Siége. — Les syphilides peuvent se développer sur toutes les parties du corps; cependant quelques-unes affectionnent un siége spécial. Ainsi, la syphilide papuleuse occupe surtout la partie postérieure du cou; la roséole syphilitique est plus développée à la partie interne des membres qu'à la partie externe; le psoriasis syphilitique siége surtout aux mains et aux pieds, la syphilide pustuleuse superficielle au cuir chevelu; les plaques muqueuses de la peau se développent près de l'orifice des muqueuses, là où la peau est plus fine et plus délicate, et dans les endroits où il existe un frottement habituel.

Phénomènes généraux. — Quelquefois l'apparition d'une éruption syphilitique est précédée et accompagnée d'un peu de malaise, de fatigue, d'inappétence et d'un léger mouvement fébrile, mais ces symptômes disparaissent aussitôt que l'éruption est accomplie. Le plus souvent on voit les syphilides apparaître en même temps qu'existent toutes les apparences d'une bonne santé; le malade ne s'aperçoit qu'il a une éruption qu'en s'examinant, et comme l'éruption n'est accompagnée ni de douleur, ni de démangeaison, elle peut passer inaperçue, si le malade est peu soigneux de sa personne. Dans certains cas, les syphilides apparaissent chez un individu

très-anémié ; l'anémie n'est pas alors due aux syphilides, mais à la syphilis elle-même ; il en est de même pour les éruptions qui surviennent dans la cachexie syphilitique et qui ne la produisent pas ; cette terrible complication, qui rend le pronostic grave et le traitement difficile, est le résultat des progrès de la syphilis.

Phénomènes concomitants. — En même temps que les manifestations cutanées de la syphilis apparaissent, on voit survenir les autres manifestations de la syphilis, et ces phénomènes concomitants ont une grande valeur dans les cas où le diagnostic est douteux.

Nous avons vu que les accidents dus à la syphilis pouvaient se diviser en trois périodes : l'accident primitif, les accidents secondaires et les accidents tertiaires. Nous pouvons de même admettre dans les syphilides une division dont nous reparlerons plus loin, et les séparer, d'après l'époque de leur apparition, en syphilides précoces et en syphilides tardives. Les syphilides précoces coïncideront avec l'engorgement des ganglions inguinaux et cervicaux, avec les plaques muqueuses développées à la vulve, à l'anus, à la gorge, etc.; avec la céphalée, avec les douleurs rhumatoïdes dans les membres s'exaspérant le soir dans le lit, avec l'alopécie, etc. Les syphilides tardives se montreront en même temps que les accidents tertiaires, c'est-à-dire, les douleurs ostéocopes, les exostoses, les nécroses, les tumeurs gommeuses, et enfin, dans quelques cas, en même temps que la cachexie syphilitique.

Marche. — Les syphilides ont généralement une marche lente, comme la plupart des maladies cutanées ; mais elles présentent ce caractère important qui les distingue des

autres éruptions, c'est qu'elles se modifient, qu'elles se transforment, une éruption succédant souvent à une autre. Dans quelques cas rares de syphilide tardive, la maladie persiste un certain temps dans le même siége et dans la même forme ; mais cela est l'exception, tandis que les scrofulides occupent ordinairement le même siége et présentent la même forme pendant toute leur durée. Quelques syphilides n'ont pas une marche aussi lente que celle que nous avons indiquée plus haut ; ce sont les éruptions très-précoces qui ont une marche plus rapide, laquelle fait que quelquefois elles passent inaperçues du malade. Une cause qui rend la durée des syphilides assez longue, c'est que souvent l'éruption se fait par poussées successives, et une nouvelle éruption arrive pendant l'évolution de la première, ce qui permet alors de constater sur le même malade la même éruption à différents degrés d'évolution.

DIAGNOSTIC DES SYPHILIDES.

Nous avons dit que les caractères communs des syphilides étaient : la couleur, la polymorphie, la configuration, l'absence de prurit et de douleur, la forme des croûtes, des ulcérations et des cicatrices. Aucun de ces caractères pris isolément n'a une valeur pathognomonique et ne suffit pour reconnaître avec certitude une syphilide ; mais lorsqu'on en trouve plusieurs réunis, on peut diagnostiquer la nature de l'éruption. Quelques auteurs ont dit que la syphilis était un *Protée*, qu'elle pouvait revêtir une foule de formes diverses, et qu'il était impossible de pouvoir lui reconnaître des caractères invariables. Nous

[redacted]

ne saurions trop nous élever contre cette proposition, qui se transmet de génération en génération, et qui est cause de beaucoup d'erreurs de diagnostic. En effet, si les manifestations cutanées de la syphilis peuvent se montrer sous des formes variées qui peuvent se transformer et se succéder, toutes ces éruptions présentent toujours les mêmes caractères principaux, et si l'on ne peut les constater tous dans une même éruption, on peut cependant en rencontrer un assez grand nombre pour poser le diagnostic d'une manière scientifique. De plus, en même temps que l'on étudiera les caractères objectifs de l'éruption, et qu'on y cherchera ceux des syphilides, on ne négligera pas la marche de la maladie, son siége, et surtout les phénomènes concomitants.

Dans quelques cas difficiles, on ne peut, même en se servant de tous ces caractères, arriver à un diagnostic certain. Alors il faut consulter les antécédents du malade, sans cependant leur donner trop de valeur ; car un malade peut avoir eu un chancre mou qui n'a été suivi d'aucun accident secondaire, et présenter plus tard une éruption dartreuse ou scrofuleuse sans rapport avec la première ulcération. D'autres malades, au contraire, ont eu la syphilis, ils ont eu des accidents syphilitiques, et l'on ne peut avoir que des dénégations formelles, soit qu'ils veuillent tromper, soit qu'ils ne le sachent pas eux-mêmes; aussi, ne doit-on avoir qu'une confiance assez bornée dans les renseignements fournis par les malades. Dans ces cas difficiles, où le diagnostic est douteux, on a encore pour ressource d'étudier les effets du traitement ; et, dans ces cas, on doit prescrire un traitement antisyphilitique qui modifiera rapidement, d'une façon favo-

rable, l'éruption, si elle est de nature syphilitique, tandis qu'il sera nul ou qu'il augmentera, au contraire, la gravité de l'éruption, si elle est due à une autre cause.

DIVISION DES SYPHILIDES.

Le diagnostic des syphilides en général, est de la plus haute importance, et toutes les fois qu'on est en présence d'une éruption cutanée, il est indispensable de penser à la nature de la maladie et de poser la question de la syphilis. Reconnaître et nommer les différentes variétés de syphilides n'est pas aussi indispensable, dès le moment que l'on a reconnu la nature de l'éruption ; il est quelquefois d'ailleurs très-difficile de le faire, parce que les espèces sont souvent mélangées ensemble, et qu'elles ne présentent pas toujours des caractères bien tranchés. Cependant, comme ce diagnostic peut, dans certaines circonstances, avoir de la valeur au point de vue du pronostic et du traitement, et comme il en a toujours au point de vue scientifique, on doit, dans tous les cas, chercher à reconnaître la variété de syphilide que l'on a à traiter.

Pour arriver à établir ce diagnostic des différentes variétés de syphilides, on a proposé plusieurs classifications. Un grand nombre d'auteurs les ont rangées d'après les lésions anatomiques élémentaires qu'elles présentent, et ils ont admis des syphilides vésiculeuses, papuleuses, pustuleuses, etc. Cette méthode a certainement quelques avantages : elle les rapproche des éruptions d'une autre nature ayant la même lésion élémentaire, et elle permet

[redacted]

de reconnaître les caractères qui les en séparent ; mais elle a peu de valeur pratique, et elle ne donne aucune indication spéciale pour le traitement. Pour nous, nous appuyant sur ce fait que la syphilis a une marche régulière, et que ses manifestations varient selon ses périodes, nous pensons qu'il est mieux d'adopter, pour classer les syphilides, l'époque de leur apparition, et de les ranger d'après l'âge de la maladie. En sachant à quelle période appartient telle ou telle éruption, nous avons tout de suite une première idée des indications thérapeutiques principales qu'elles réclament, les préparations mercurielles convenant habituellement aux syphilides précoces, et l'iodure de potassium aux syphilides tardives. Considérant donc l'âge de la maladie, nous rangerons les syphilides en trois groupes, qui sont :

I. Les syphilides précoces ;

II. Les syphilides intermédiaires ;

III. Les syphilides tardives.

Et chacun de ces groupes se présentera avec des caractères particuliers, qui souvent permettront à eux seuls d'établir l'âge de la maladie. Quant à l'époque d'apparition, il n'y a pas de syphilides à la première période de la syphilis, parce qu'elles ne sont jamais primitives ; les syphilides précoces arrivent de trois semaines à huit ou dix mois après l'accident primitif; les syphilides intermédiaires, de six mois à un an ou deux ; et les syphilides tertiaires, de deux ans à dix, quinze, trente ans après.

I. — Syphilides précoces.

Les syphilides précoces, c'est-à-dire celles qui se dé-

veloppent peu de temps après l'accident primitif (de trois semaines à huit mois), présentent les caractères particuliers suivants : Les éruptions sont très-superficielles, et elles ne présentent pas d'ulcérations, ou, s'il y en a, elles sont très-légères, d'une durée très-courte, et se terminent par de simples maculatures qui disparaissent au bout d'un temps assez court. Un des caractères les plus importants est la dissémination de l'éruption, il est très-rare de voir une syphilide exanthématique ou papuleuse limitée à une région du corps. Les éléments éruptifs des syphilides précoces présentent bien la forme arrondie, mais ils sont groupés indifféremment ; ils ne forment ni cercles, ni segments de cercle, comme on le voit pour les éléments des syphilides plus tardives.

L'apparition d'une syphilide précoce est souvent précédée de malaise, de courbature, de douleurs nerveuses ou musculaires, d'embarras gastrique, et d'une fièvre légère que l'on a appelée *fièvre syphilitique*. Ces phénomènes n'existent pas toujours, et l'on peut voir une roséole apparaître sans aucun trouble de la santé et sans que le malade s'en aperçoive; toutefois il n'est pas rare de les observer et de les voir disparaître au moment où se montrent les premières taches cutanées. Dans certains cas, ils sont accompagnés d'une angine érythémateuse, et alors ils peuvent faire croire à une fièvre éruptive. Mais, contrairement à ce qui se passe pour ces dernières maladies, il est rare, dans les syphilides, que l'éruption se montre sur tout le corps en même temps; ordinairement elle se fait avec lenteur, par poussées successives; elle débute par une région, en envahit une autre, et s'étend ainsi à tout le corps, se développant au moment où appa-

[redacted]

raissent les autres accidents secondaires. C'est ainsi que les syphilides précoces seront accompagnées de l'engorgement indolent des ganglions inguinaux et cervicaux, de l'angine syphilitique, de la céphalée bi-temporale, et des douleurs rhumatoïdes s'exaspérant le soir. Dans les cas où les caractères spéciaux de l'éruption sont peu tranchés, ces accidents concomitants pourront aider au diagnostic.

Nous admettons cinq formes différentes de syphilides précoces : 1° la syphilide exanthématique, 2° la syphilide papuleuse, 3° la syphilide pustuleuse superficielle, 4° la syphilide varioliforme, et 5° la syphilide végétante. Ces formes se présentent souvent mélangées les unes avec les autres.

1° Syphilide exanthématique.

La syphilide exanthématique, désignée aussi sous le nom de *roséole syphilitique*, est ordinairement la première manifestation de la syphilis du côté de la peau ; elle arrive le plus souvent en même temps que l'engorgement des ganglions inguinaux et cervicaux et que les plaques muqueuses. Quelques auteurs admettent que la roséole syphilitique est un phénomène constant, qui ne manque jamais ; et ils ajoutent que cette éruption, se développant souvent sans aucun trouble de la santé, et parcourant toutes ses périodes sans déterminer aucune réaction morbide, peut passer inaperçue, non-seulement pour le malade, mais aussi pour le médecin, si ce dernier ne pense pas à faire découvrir le malade pour examiner l'enveloppe cutanée. Si nous croyons que la roséole

peut, en effet, exister quelquefois sans être aperçue, nous sommes loin de l'admettre comme un phénomène constant de la syphilis; dans un assez grand nombre de cas, une observation attentive et soutenue ne nous a pas permis de la constater.

La roséole syphilitique apparaît ordinairement de trois à six semaines après l'accident primitif : elle peut aussi ne se montrer que trois ou quatre mois après, rarement plus tard. Elle peut débuter de deux façons : le plus souvent, elle se développe d'une manière lente et progressive, elle envahit d'abord la poitrine, puis le ventre, les cuisses et les avant-bras; dans ce cas, elle est quelquefois accompagnée de malaise, de courbature et des phénomènes que nous avons signalés comme pouvant se montrer quelques jours avant l'apparition des syphilides précoces. Dans d'autres cas, le début est brusque, et l'éruption envahit alors en vingt-quatre heures tout le corps du malade, tandis qu'elle reste ordinairement limitée d'abord à certaines régions, lorsque la marche est progressive. Lorsque l'apparition de la roséole est rapide, le plus souvent elle a été provoquée par une cause occasionnelle, telle qu'une émotion vive, une grande fatigue, un excès de table, un bain de vapeur ou un bain sulfureux.

La syphilide exanthématique est caractérisée par des taches irrégulièrement arrondies, un peu déchiquetées sur leurs bords, sans saillie ou à peine saillantes au-dessus de la peau; leur volume varie de celui d'une lentille à la largeur d'une pièce d'un franc. La coloration présente des variétés qui dépendent surtout de l'âge de l'éruption; au début, les taches sont d'un rose assez net,

[redacted]

qui devient insensiblement plus foncé, acquiert la couleur du rose de Chine, puis à la fin prend une teinte plus brune; souvent dans la période de décroissance, elles présentent une coloration grisâtre, qui les fait ressembler à des taches de malpropreté. La roséole est quelquefois si peu prononcée que, pour la reconnaître, il faut regarder la peau obliquement et à contre-jour. La pression du doigt fait disparaître momentanément les taches, mais elle ne les décolore que lentement et incomplétement, lorsqu'elles existent depuis quelque temps.

Les taches de la syphilide exanthématique peuvent être discrètes ou confluentes. Elles sont ordinairement disposées sans aucun ordre; on a dit qu'elles forment des cercles et des segments de cercle; cette disposition est bien rare. Comme elles laissent entre elles des espaces ayant la coloration normale, elles donnent à la peau un aspect marbré caractéristique.

La syphilide exanthématique peut se développer sur toutes les parties du corps; mais elle siége surtout sur le tronc, à la base de la poitrine et sur le ventre, et particulièrement sur les flancs; on la rencontre encore à la face interne des membres, spécialement des cuisses et des bras, très-rarement à la face et au cou.

La roséole syphilitique, comme toutes les syphilides, n'est accompagnée ni de démangeaison, ni de cuisson, ni de douleur; et lorsque les malades atteints de cette éruption accusent un prurit violent, il faut toujours en chercher la cause dans l'existence d'une autre affection, principalement de la gale ou d'une urticaire.

La *marche* de la roséole syphilitique est ordinairement assez rapide, et elle parcourt son évolution en un ou deux

mois. Sa durée semble être en rapport avec son époque d'apparition ; ainsi, lorsqu'elle survient peu de temps après l'accident primitif, elle ne dure que trois ou quatre semaines ; sa durée, au contraire, est de plusieurs mois, lorsqu'elle ne se montre que plus tardivement.

La roséole se termine habituellement par résolution ; les taches s'effacent peu à peu, surtout sous l'influence du traitement. Quelquefois elles se recouvrent d'une légère desquamation qui tombe et ne se renouvelle pas.

Diagnostic. — Le diagnostic est presque toujours facile, non-seulement par la teinte un peu foncée de l'éruption et par l'absence du prurit et de douleur, mais aussi parce que le plus souvent, au moment où apparaît la roséole, on peut encore constater sur le malade l'existence ou des traces de l'accident primitif; si l'éruption est tardive, elle coexistera presque toujours avec d'autres phénomènes secondaires, tels que l'engorgement des ganglions cervicaux et inguinaux, des plaques muqueuses à la gorge, à l'anus ou à la vulve, la céphalée, l'alopécie, les douleurs rhumatoïdes.

Les seules maladies que l'on pourrait confondre avec elle, sont la roséole simple et la rougeole. La *roséole* a une marche très-rapide ; elle est accompagnée de quelques démangeaisons, de fièvre, et ne présente pas les phénomènes concomitants de syphilis secondaire. La *rougeole* présente au moment de son déclin, quand les taches commencent à disparaître et prennent une teinte foncée, une assez grande ressemblance avec la syphilide exanthématique; mais la marche de l'éruption, la fièvre et les phénomènes de la période d'invasion la feront facilement reconnaître.

M. Cazenave a décrit sous le nom d'*érythème syphilitique* une éruption qu'il a rapprochée à tort de la syphilide exanthématique. En effet, cette éruption est caractérisée par des taches plus larges, très-rouges, formant une saillie assez marquée au-dessus de la peau, et elles sont accompagnées de démangeaisons vives. Les caractères de cet exanthème sont tout à fait différents de ceux des syphilides ; or, si l'on remarque que dans toutes les observations que cet auteur a données, les malades avaient tous la blennorrhagie et qu'ils avaient tous pris du copahu, on se convaincra facilement que cette éruption était le résultat de l'action du médicament. C'est en négligeant cette remarque, que M. Cazenave est arrivé à croire que la blennorrhagie pouvait, comme le chancre, donner naissance à des éruptions, et que, comme lui, elle pouvait être le point de départ de la syphilis.

Pronostic. — La syphilide exanthématique est un phénomène assez grave, puisqu'elle annonce d'une manière certaine que le malade sur lequel on l'observe est syphilitique et qu'il est exposé à contracter ultérieurement des affections plus sérieuses. Comme manifestation cutanée, c'est une éruption bénigne, qui se guérit sans cicatrice, et qui souvent disparaît assez promptement et spontanément.

2° Syphilide papuleuse.

La syphilide papuleuse présente deux variétés distinctes : *a.* la syphilide papuleuse lenticulaire, *b.* la syphilide papuleuse plate.

a. Syphilide papuleuse lenticulaire.

Cette variété de syphilide est une des plus communes et des plus précoces; elle coïncide souvent avec la roséole, ou avec d'autres formes également superficielles. Son début est quelquefois marqué par les prodromes que nous avons signalés plus haut. Elle est caractérisée par de petites taches rondes, aplaties, de la forme et du volume d'une lentille, faisant une légère saillie au-dessus de la peau. Ces taches présentent à leur début une coloration rouge assez nette, qui devient graduellement plus foncée en se rapprochant de la teinte cuivrée, pour présenter à la fin cette teinte brune qui a fait comparer par Fallope la couleur spéciale des syphilides au maigre du jambon. Cette dernière coloration persiste longtemps, et on la retrouve encore après l'affaiblissement de toute saillie. Au début, la pression du doigt la fait disparaître, mais lorsqu'elle est passée à la teinte cuivrée ou brune, elle ne disparaît qu'en partie sous la pression du doigt.

Au commencement de l'éruption, ces taches forment des saillies dures, pleines et lisses; mais bientôt sur la surface, l'épiderme se ride, se détache et une desquamation assez marquée s'opère; les squames sont fines et blanches; en se détachant d'abord à leur circonférence, elles forment autour de la tache un petit liséré blanc, une espèce de collerette à laquelle Biett attachait une grande valeur pour le diagnostic. Dans quelques cas, la desquamation est plus prononcée, les squames sont plus épaisses, légèrement imbriquées les

[redacted]

unes sur les autres, et elles se renouvellent plusieurs fois; on a alors donné à l'affection le nom de *syphilide papulo-squameuse*. Dans ces cas, on pourrait confondre facilement l'éruption papuleuse avec la syphilide squameuse proprement dite, si l'on ne faisait attention que dans la première, les squames sont plus fines, les plaques moins grandes, et que l'état squameux a été précédé par une période papuleuse.

La syphilide papuleuse lenticulaire a pour siége de prédilection la partie postérieure du cou; mais on la rencontre fréquemment aussi sur le front, sur la poitrine, sur le dos, sur le tronc et sur les membres, principalement aux cuisses et aux bras.

Comme toutes les syphilides, l'éruption papuleuse ne présente ni douleur, ni démangeaison; nous noterons cependant que quelques malades peuvent éprouver un léger prurit le soir, au début de la maladie. Elle coïncide avec les accidents secondaires de la syphilis, tels que l'engorgement des ganglions post-cervicaux, les plaques muqueuses, etc.; et dans quelques cas, en même temps que l'éruption papuleuse, on peut constater encore l'existence du phénomène primitif.

La *marche* de la syphilide papuleuse lenticulaire est assez lente, et sa durée est habituellement de trois à huit semaines. Souvent l'éruption se fait par poussées successives, et alors la maladie peut persister pendant plusieurs mois. C'est dans ces cas que l'on peut voir chez la même personne les papules à différents degrés d'évolution; on constate des papules roses qui viennent d'apparaître, à côté d'autres plus ou moins brunes qui existent depuis

plusieurs semaines, et dont quelques-unes plus anciennes disparaissent déjà.

L'éruption se termine par résolution; la saillie disparaît peu à peu, la papule se trouve de niveau avec la peau, et en même temps la desquamation s'établit; la coloration brune terminale persiste encore un certain temps, puis elle s'efface peu à peu, en passant par une teinte grise pour arriver à une macule blanche qui disparaît elle-même sans laisser de cicatrice.

Diagnostic. — Le diagnostic de la syphilide papuleuse lenticulaire est très-facile : la saillie, la forme lenticulaire des papules, leur couleur cuivrée et brune à la fin, l'absence de démangeaisons, sont des caractères qui permettent de distinguer facilement cette éruption des autres syphilides et de toutes les maladies cutanées.

Parmi les affections de la peau qui peuvent ressembler à la syphilide papuleuse et qui pourraient être confondues avec elle, nous trouvons : le *lichen*, qui se distinguera par l'existence de papules petites, agminées, réunies en plaques, par l'absence de la coloration spéciale de la syphilis, par la démangeaison vive qui l'accompagne, et par l'absence des phénomènes concomitants de la syphilis; le *prurigo*, maladie ordinairement due à des parasites, caractérisée par de petites saillies recouvertes d'une croûte noire, et par une démangeaison très-vive; l'*érythème papuleux*, qui présente une coloration plus diffuse et plus étendue, des saillies plus larges et plus considérables; enfin l'*acné indurata*, dans laquelle l'éruption souvent pustuleuse est constituée par des saillies acuminées, et reste fixée à la partie supérieure du corps.

Dans sa période de décroissance, la syphilide papuleuse

lenticulaire pourrait être confondue avec le *purpura*, au moment où il est constitué par des taches rouillées; mais on aura pour éclairer le diagnostic la marche de la maladie; en effet, dans le purpura, les taches n'ont jamais disparu sous le doigt, elles n'ont jamais fait saillie, et elles sont souvent accompagnées par de petits points rouges caractéristiques ou par des taches, lesquelles étant à une période moins avancée, se présentent sous la forme d'ecchymoses; l'absence des phénomènes concomitants habituels de la syphilis serait encore précieuse dans les cas douteux.

Pronostic. — La syphilide papuleuse lenticulaire a la gravité des éruptions syphilitiques précoces; c'est une forme peu grave, qui cède ordinairement au traitement dans un temps assez court.

b. Syphilide papuleuse plate et syphilide en plaques.

La syphilide papuleuse plate survient à la même époque que la syphilide papuleuse lenticulaire, avec laquelle elle coïncide souvent. Elle présente des papules moins saillantes, mais plus larges; leur dimension peut égaler celle d'une pièce de 20 ou de 50 centimes. La coloration de ces plaques d'abord rose, devient plus foncée, pour arriver à la couleur brune spécifique. Elles sont ordinairement en petit nombre; on les rencontre surtout sur le front, mais on en voit aussi sur le dos, sur les épaules et sur la poitrine.

La durée de la syphilide en plaques est de quatre à huit semaines. La maladie se termine habituellement par desquamation; la saillie se recouvre d'une plaque épi-

dermique d'abord adhérente, qui se détache ensuite; et en même temps, on voit peu à peu la saillie s'effacer, la teinte brune diminuer d'intensité pour faire place à une macule grise, qui ne laisse plus tard ni trace ni cicatrice.

A la syphilide papuleuse plate nous rapportons la variété de syphilide que M. Bazin a désignée sous le nom de *plaques muqueuses de la peau.* Comme nous trouvons que cette variété se rapproche plus de la syphilide papuleuse que des plaques muqueuses, nous avons de la peine à admettre le nom donné par M. Bazin, et nous considérons cette éruption comme une simple variété de la syphilide papuleuse.

Comme cette dernière affection, à laquelle elle est souvent associée, c'est une éruption précoce, appartenant au début de la seconde période de la syphilis, et siégeant principalement sur le front, à la nuque, sur les épaules et sur la poitrine. Elle est caractérisée par des plaques rouges, légèrement saillantes, rondes ou ovales, de la grandeur d'une pièce de 20 ou de 50 centimes; ces plaques se recouvrent promptement d'une squame jaunâtre, superficielle, mince, un peu analogue à une croûte, terminée sur ses bords par un bourrelet blanchâtre, saillant, qui fait paraître le centre comme déprimé; souvent plus en dehors, on distingue une auréole d'un rouge foncé. Au bout d'un certain temps, les squames se détachent, tombent, les bords s'affaissent, la coloration de la plaque pâlit, et la guérison arrive sans laisser de cicatrice.

Comme on le voit par cette description succincte, ces

[redacted]

plaques diffèrent totalement des plaques muqueuses qu'on peut retrouver à la peau dans toutes les régions, et qui présentent pour caractères principaux : la mollesse, l'humidité, l'état fongueux et une odeur fétide caractéristique.

Nous rangerons encore dans la syphilide papuleuse la *syphilide cornée*, qui se développe en même temps et qui appartient à la même période d'évolution de la syphilis. Elle siége à la paume des mains et à la plante des pieds, et elle est caractérisée par de petites taches arrondies, roses, légèrement saillantes, lesquelles deviennent, au bout de huit ou dix jours, dures comme de la corne, d'où le nom de syphilide cornée ; après un certain temps, cette surface dure, saillante, se détache et laisse au-dessous d'elle une tache violacée qui s'efface peu à peu.

Si l'on réfléchit que cette forme coïncide avec la syphilide papuleuse, et qu'elle ne se développe que dans des régions spéciales, à la paume des mains et à la plante des pieds, on arrive à cette conclusion qu'elle ne constitue pas une variété particulière rapprochée des formes squameuses, mais qu'on doit la considérer comme une syphilide papuleuse, et que son aspect spécial n'est dû qu'à l'épaisseur de l'épiderme des parties où elle se développe.

Diagnostic. — La syphilide cornée a des caractères si tranchés, qu'il suffit de l'avoir vue une seule fois pour toujours la reconnaître des autres maladies cutanées. Dans le *psoriasis palmaria* et *plantaria*, l'éruption est plus confluente, elle se présente sous la forme de cercles entourés d'un liséré rouge brun, les squames

sont plus inégales et occupent un espace plus considérable.

3° Syphilide pustuleuse superficielle.

Nous nous proposons de décrire sous ce nom une éruption qui survient fréquemment au début de la syphilis, et qui se caractérise principalement par des croûtes peu épaisses, siégeant plus spécialement au cuir chevelu ; cette éruption n'est ni un impetigo, ni un ecthyma, quoiqu'on ait l'habitude de la désigner sous l'une ou l'autre de ces dénominations.

La syphilide pustuleuse superficielle arrive rarement seule, elle existe en même temps qu'une syphilide exanthématique ou une syphilide papuleuse. Elle apparaît à la même époque que ces syphilides précoces qu'elle précède même quelquefois, et elle ne détermine ordinairement aucun phénomène général. Elle est caractérisée par de petites pustules superficielles, ne présentant pas une base indurée, comme dans la syphilide pustuleuse acniforme. Ces petites pustules ont une durée très-éphémère, le plus souvent on ne peut constater leur existence, et l'on ne voit qu'une petite croûte inégale, brune, non caractéristique, ressemblant à la croûte d'une pustule d'impétigo simple. Si ni les pustules, ni les croûtes qui leur succèdent ne sont caractéristiques, il n'en est plus de même de la tache brune, qui entoure déjà la croûte et qui lui succède. Ces taches sont arrondies, elles présentent la coloration cuivrée spécifique, et une dépression centrale par laquelle commence la décoloration. Il n'est pas rare de voir plusieurs éruptions se

succéder, chacune ayant d'ailleurs une durée assez courte.

On peut rencontrer la syphilide pustuleuse superficielle sur toutes les régions du corps; mais elle occupe particulièrement le cuir chevelu. Dans ce dernier siége, elle donne naissance à ces croûtes disséminées dans la tête, qui la font ressembler à de l'*impetigo granulata*. Elle produit rarement l'alopécie; quelques cheveux peuvent être entraînés par les croûtes, mais l'alopécie arrive ordinairement un peu plus tard, et elle appartient à la syphilis elle-même. En même temps que cette syphilide pustuleuse superficielle du cuir chevelu, on constate ordinairement l'engorgement des ganglions post-cervicaux, et de là est venue l'opinion de quelques auteurs qui admettent que cet engorgement est symptomatique de cette éruption. Nous avons déjà dit plus haut que c'était une erreur, car on voit l'engorgement ganglionnaire exister souvent sans cette syphilide, ou apparaître avant qu'elle ne se développe.

Diagnostic. — La syphilide pustuleuse superficielle ressemble assez à l'impétigo; toutefois, on la distinguera de l'*impétigo dartreux* ordinaire en ce que dans cette dernière affection, la sécrétion est purulente et plus abondante, en ce que les croûtes sont plus épaisses, moins disséminées et occupent un espace plus étendu. Quant à l'*impetigo granulata*, il est suffisamment caractérisé par la présence des poux et des lentes, et par l'engorgement des ganglions, lesquels, au lieu d'être indolents, sont douloureux et véritablement enflammés.

4° Syphilide varioliforme.

La syphilide varioliforme, quoique la plus fréquente des syphilides vésiculeuses, est encore une éruption assez rare. Elle se montre du quatrième au sixième mois après l'accident primitif. Son apparition est ordinairement annoncée par du malaise, de l'inappétence, de la courbature et de la fièvre; et comme il y a souvent en même temps de l'angine syphilitique, on peut croire, au premier abord, au début d'une fièvre éruptive.

Cette éruption est caractérisée par des taches rouges formant une légère saillie de la grosseur d'un petit pois; sur chaque tache se développent de une à trois vésicules, acuminées, globuleuses ou ombiliquées. Ces vésicules, entourées à leur base de la tache rouge qui plus tard devient brune, sont remplies d'une sérosité transparente qui se trouble rapidement, se dessèche et se transforme en une croûte assez épaisse, adhérente, présentant la coloration brune verdâtre, syphilitique. Au bout de huit à dix jours, la saillie s'affaisse, et vers le quinzième jour la croûte tombe, et laisse à sa place une tache brune qui pâlit peu à peu, en laissant ensuite une petite macule plus ou moins longue à disparaître. Cette éruption peut se développer partout; les taches sont ordinairement disséminées en diverses régions, à la face, au tronc, aux membres; elles sont rarement confluentes; le plus souvent il n'y en a qu'un petit nombre.

La *marche* de l'éruption est assez rapide, mais la maladie peut durer plus de deux mois, à cause des poussées successives. Ces poussées permettent de voir sur le même

malade l'éruption à différents degrés d'évolution, d'observer en même temps des taches, des vésicules, des croûtes et des macules. Cette éruption peut exister seule ou bien en même temps qu'une autre syphilide précoce.

Diagnostic. — La marche, l'évolution régulière de l'éruption distinguent facilement la syphilide varioliforme des autres syphilides. Mais au début, il serait facile de la confondre avec une *varioloïde* simple ; en effet, dans les deux maladies, nous avons les mêmes prodromes, et l'éruption débute de la même manière ; mais la lenteur de l'éruption, la coloration de l'auréole, et la coexistence d'autres accidents syphilitiques viennent promptement éclairer le diagnostic.

Pronostic. — La syphilide varioliforme est d'un pronostic peu grave et elle disparaît assez facilement au bout d'un certain temps.

5° Syphilide végétante.

Sous le nom de *syphilide végétante,* nous comprenons toutes les éruptions qui se développent sur la peau et sur les muqueuses en présentant un aspect de verrues ou de végétations. On peut les ranger sous trois formes : *a.* la syphilide granuleuse, *b.* les excroissances, et *c.* les plaques muqueuses.

a. Syphilide granuleuse.

La syphilide granuleuse est une variété assez rare qui se montre surtout dans le sillon naso-labial, autour des lèvres et au menton ; on la rencontre plus souvent chez les hommes. Elle est caractérisée par de petites saillies

inégales, verruqueuses, du volume d'une tête d'épingle, rarement plus grosses, mais souvent agminées les unes à côté des autres, de manière à former une traînée oblongue. Leur coloration est d'un gris terne, quelquefois elle offre la teinte cuivrée caractéristique; il n'est pas rare de voir ces petites saillies disposées en cercles ou segments de cercle, et l'aire qu'elles circonscrivent est d'une teinte grise plombée.

Au bout d'un certain temps, ces saillies s'affaissent ou se détachent, et il ne reste plus à l'endroit qu'elles occupaient qu'une tache grise, qui persiste encore pendant quelque temps pour disparaître ensuite sans laisser de cicatrice. Cette syphilide apparaît de deux à huit mois après l'accident primitif, et sa durée est de deux à trois semaines.

La syphilide granuleuse se rencontre rarement seule, on constate ordinairement en même temps qu'elle l'existence d'une autre syphilide et les phénomènes syphilitiques concomitants du côté des muqueuses et des ganglions. Les caractères de cette syphilide sont tellement tranchés, qu'il est impossible de la confondre avec aucune autre éruption cutanée, et qu'il est très-facile de la reconnaître quand on l'a déjà observée.

b. Excroissances.

Nous avons réuni sous ce nom toutes les végétations auxquelles on a donné les noms de verrues, crêtes de coq, condylomes, choux-fleurs, etc.; mais nous devons dire tout d'abord que, tout en les décrivant ici pour être complet, nous ne les considérons pas comme des sym-

ptômes essentiellement syphilitiques; en effet, on peut les rencontrer chez des individus n'ayant jamais eu la syphilis, quelquefois même chez des personnes qui ne sont atteintes d'aucune maladie vénérienne; c'est ce qui peut arriver pour des femmes enceintes, chez lesquelles on rencontre aux parties génitales externes et à l'anus des végétations dues simplement à la turgescence sanguine plus grande de l'utérus et des parties environnantes qui existe pendant la grossesse, et tout à fait indépendantes de toute maladie spécifique.

Les excroissances apparaissent très-souvent à la surface des ulcérations; ainsi, à la surface d'un chancre mou ou induré, sur une petite ulcération d'herpès, ou à la surface d'une plaque muqueuse que l'on a appelée dans ce cas plaque muqueuse végétante.

Les excroissances présentent des caractères variés : tantôt elles sont dures, rugueuses, chagrinées, d'un gris terne, et alors elles sont indolentes, sessiles et sèches avec apparence de verrues; tantôt elles forment des tumeurs fongueuses, vasculaires, rosées, douloureuses, assez bien pédiculées ; elles sont mollasses, saignent facilement et sécrétent une sorte de sérosité d'une odeur fétide. Quelques-unes acquièrent un volume assez considérable, celui d'une noix, d'une poire suspendue par un pédicule plus mince que l'extrémité libre. Elles ont alors une apparence polypeuse, et par leur volume et par leur poids elles constituent une maladie très-gênante.

Le siége ordinaire des végétations est l'anus, les grandes et les petites lèvres, le prépuce, le gland; on en rencontre encore vers la fin du rectum, dans le vagin, près du méat urinaire chez la femme, sur la peau des

aines dans le pli crural. On en observe quelquefois, mais plus rarement, à la surface de la langue.

Le traitement mercuriel n'a aucune influence sur ces excroissances, ce qui peut servir encore à prouver qu'elles ne sont pas syphilitiques. Le traitement externe seul convient; il consiste dans les astringents, tels que la sabine, le vinaigre, etc., ou dans les caustiques, tels que l'acide chromique, le nitrate acide de mercure, l'acide nitrique, le nitrate d'argent, ou enfin dans l'excision combinée avec la cautérisation. Dans ces derniers temps, nous nous sommes bien trouvés de l'application réitérée de l'acide acétique anhydre.

c. Plaques muqueuses.

Les plaques muqueuses, désignées encore sous les noms de *pustules plates*, de *tubercules muqueux*, de *syphilide papuleuse humide*, etc., ont été décrites par M. Cazenave comme une des variétés de syphilide tuberculeuse. On ne saurait trop attaquer cette opinion, car dans des plaques il n'y a pas de tubercules, et d'autre part la syphilide tuberculeuse est une manifestation tardive, tandis que la plaque muqueuse est un accident précoce, qui survient quelquefois si promptement, que quelques auteurs et M. Cazenave lui-même l'ont considéré comme un accident primitif. Cette dernière proposition est également erronée, jamais la plaque muqueuse n'est un accident primitif, elle ne se montre jamais dans les quinze jours qui suivent le coït infectant; ce qui a pu faire croire que la plaque muqueuse était dans quelques cas un accident primitif, c'est la transformation *in situ* d'un

chancre en plaque muqueuse, transformation que l'on observe surtout chez la femme, et qui quelquefois se produit assez rapidement.

Les plaques muqueuses peuvent se développer de deux façons : ou par la transformation d'un chancre en plaque muqueuse, ou plus souvent en apparaissant sur une surface saine auparavant ; dans ce dernier cas, elles coïncident presque toujours avec une autre syphilide.

Lorsque la plaque muqueuse est due à la transformation *in situ* d'un chancre, on voit l'auréole du chancre devenir plus saillante, plus violacée, tandis que le centre est encore granuleux et ulcéré ; puis peu à peu la cicatrisation s'opère, une pellicule mince couvre la partie ulcérée, et, au bout de quelques jours, il existe une saillie molle, humide, d'apparence muqueuse, remplaçant la solution de continuité.

Lorsque la plaque muqueuse se développe spontanément, son début est caractérisé par une petite élevure molle et rosée, qui s'agrandit et ne tarde pas à présenter tous les caractères extérieurs d'une membrane muqueuse.

Quel que soit son mode de développement, la plaque muqueuse est caractérisée par une saillie, ordinairement arrondie, quelquefois elliptique ou irrégulière, d'une consistance molle ; sa surface, plane ou convexe, est lisse et recouverte d'une pellicule fine, qui lui donne l'apparence d'une muqueuse et lui a fait donner son nom. Lorsque la pellicule manque, la surface est légèrement ulcérée et granulée. Les bords sont ordinairement saillants et bien prononcés ; quelquefois ils se fondent insensiblement avec la peau ; et parfois ils se renversent en

dehors. La coloration des plaques muqueuses est rosée comme celle des muqueuses, elle peut être d'un rouge vif, ou au contraire grisâtre et recouverte d'un enduit pultacé sécrété par la plaque elle-même.

Les plaques muqueuses donnent lieu au suintement d'un liquide muciforme et plastique, d'une odeur fétide caractéristique. Dans certains cas, ce liquide se concrète en croûtes jaunâtres assez épaisses; c'est au contact de ce liquide sur la peau adjacente, qu'il faut rapporter les démangeaisons insupportables qui accompagnent quelquefois les plaques muqueuses.

Les plaques muqueuses peuvent être discrètes, et alors elles existent avec leurs caractères bien prononcés; elles peuvent aussi être confluentes, et en se réunissant former une large surface sécrétant en abondance le liquide fétide dont nous venons de parler.

L'ulcération est rare sur les plaques muqueuses, excepté pour celles qui occupent les orteils: lorsqu'elle existe, ou bien elle est superficielle, présente une petite surface rouge, qui se guérit facilement sans laisser de cicatrice; ou bien elle est profonde, se recouvre d'une pseudo-membrane grisâtre, la sécrétion est abondante et très-fétide; elle est accompagnée de cuissons violentes, et elle guérit difficilement en laissant quelquefois une cicatrice.

Les plaques muqueuses sont plus fréquentes chez les femmes, chez les enfants et chez les individus à tempérament lymphatique. Les régions où on les rencontre le plus souvent sont : la vulve, surtout à la face interne et externe des grandes lèvres, l'anus, le scrotum, le pénis, les lèvres, les amygdales, le pharynx, la langue; on en

voit encore aux aisselles, à l'ombilic, aux orteils, autour des ongles, etc. On voit que les plaques muqueuses siégent sur les muqueuses qui recouvrent les orifices extérieurs, et sur les parties de la peau qui sont dans un état habituel de chaleur et d'humidité, et surtout dans les endroits où les muqueuses et la peau adossées sont dans un état ordinaire de frottement. Les sécrétions âcres, l'humidité de certaines régions, le défaut de soins de propreté, sont encore des conditions favorables pour le développement de cette éruption. Ajoutons cependant que les plaques muqueuses peuvent se développer partout, et en dehors des conditions de frottement et d'humidité que nous venons d'indiquer. Nous en avons rencontré au front, au cuir chevelu, au tronc, et elles se présentaient alors avec des caractères extérieurs, qui ne permettaient pas de les méconnaître, et qui étaient absolument semblables à ceux des plaques muqueuses des parties génitales.

Abandonnées à elles-mêmes, les plaques muqueuses disparaissent spontanément en un ou plusieurs mois; sous l'influence du traitement local et général, elles disparaissent souvent très-rapidement. Lorsque la plaque est ulcérée, la guérison se fait attendre plus longtemps, surtout si l'ulcération occupe l'anus ou les orteils.

Lorsque la guérison arrive, la plaque muqueuse s'affaise, la surface se sèche, le suintement et le prurit disparaissent, la pellicule devient plus ferme; une espèce d'exfoliation a lieu, et il reste une macule violacée, qui disparaît ensuite sans cicatrice. Dans certains cas, les plaques muqueuses ont une grande ténacité et offrent une résistance fâcheuse aux moyens de traitement; elles

sont souvent alors entretenues par une cause locale, telle que la malpropreté, l'usage du tabac chez les fumeurs qui ne voient souvent guérir leurs plaques muqueuses de la langue et de la gorge qu'à la condition de renoncer à fumer. Les plaques muqueuses peuvent se compliquer d'abcès, surtout lorsqu'elles siégent aux grandes lèvres; elles s'accompagnent rarement d'adénites. Dans d'autres cas, les bords de la plaque se renversent, la plaque devient plus saillante et forme un condylome; la surface peut présenter un bourgeonnement très-prononcé, comme dans la plaque muqueuse végétante, ou même se couvrir de véritables végétations.

Si les plaques muqueuses sont une des premières manifestations de la syphilis constitutionnelle, elles récidivent très-facilement, et peuvent apparaître deux, trois ans après l'accident primitif; aussi elles sont considérées par quelques auteurs, comme des accidents syphilitiques n'appartenant spécialement à aucune période. Plus elles sont tardives, plus elles sont très-rebelles.

Diagnostic. — Le siége des plaques muqueuses, leur aspect, le suintement et l'odeur caractéristique suffisent pour les faire reconnaître. Lorsqu'elles sont ulcérées, on peut les prendre pour un chancre. Toutefois, on reconnaîtra le *chancre*, à sa surface concave, à ses bords nettement découpés, à son fond grisâtre, et à l'engorgement ganglionnaire qui l'accompagne. Un chancre se transformant en plaque muqueuse présente sa circonférence lisse, saillante, violacée, tandis que le centre est encore rouge et ulcéré. L'*eczéma* siégeant dans certains endroits insolites, surtout à l'ombilic, pourrait induire en erreur : mais l'odeur, la saillie des plaques, et les

phénomènes syphilitiques concomitants feront reconnaître la plaque muqueuse. Sur le gland, on distinguera encore la plaque muqueuse de l'*herpes præputialis*, dans lequel les ulcérations ont été précédées de vésicules, sont disposées en groupes et ne présentent pas le bord soulevé de la plaque muqueuse. Les plaques muqueuses de la peau peuvent être prises pour une *syphilide papuleuse;* mais la papule syphilitique est sèche, plus consistante, elle présente la teinte cuivrée et le liséré épidermique si bien signalé par Biett, tandis que la plaque muqueuse offre un bourrelet, une dépression centrale et des croûtes jaunâtres, transparentes, comme enchâssées dans le bourrelet.

II. — Syphilides intermédiaires.

Les syphilides intermédiaires apparaissent de quatre ou six mois à un ou deux ans après l'accident primitif. Elles présentent des caractères qui les rapprochent des syphilides tardives, dont elles semblent véritablement opérer la transition avec les éruptions précoces. Leur apparition n'est en général annoncée par aucun phénomène prodromique; quelquefois cependant elles sont précédées par des douleurs rhumatoïdes siégeant dans le point où l'éruption doit se montrer. Il est moins fréquent dans ces variétés de syphilides de rencontrer plusieurs espèces simultanément développées sur le même malade.

L'éruption, au lieu d'être disséminée sur toute la surface cutanée, est ordinairement plus limitée; et les points

de prédilection sont les ailes du nez, le front, la nuque et les épaules. Les lésions élémentaires sont réunies en groupes, et le plus souvent elles forment des cercles ou des segments de cercle. La coloration cuivrée caractéristique est habituellement plus marquée encore que dans les syphilides précoces.

La marche des syphilides intermédiaires est lente, et la durée de la maladie est souvent entretenue par des poussées successives. C'est dans ces variétés surtout que l'on constate ces éruptions d'âge différent, qui permettent de voir en même temps sur le même malade une éruption syphilitique à ses différents degrés d'évolution.

Ces syphilides se terminent habituellement par la résolution, et comme pour tous les accidents syphilitiques la guérison peut être spontanée. Les ulcérations, qui peuvent se développer consécutivement, sont peu profondes, recouvertes de croûtes verdâtres peu épaisses ; et elles ne laissent après elles que de simples maculatures qui disparaissent, ou des cicatrices blanches indélébiles, mais superficielles.

Enfin les syphilides intermédiaires arrivent en même temps que les phénomènes de transition de la seconde à à la troisième période, c'est-à-dire en même temps que l'iritis syphilitique et le testicule syphilitique.

Nous admettons cinq formes différentes de syphilides intermédiaires : 1° la syphilide pigmentaire, 2° la syphilide vésiculeuse, 3° la syphilide pustuleuse, 4° la syphilide squameuse, et 5° la syphilide tuberculeuse; et nous ajouterons que plusieurs de ces formes présentent des variétés. Avant d'aborder l'histoire de ces éruptions, nous rappellerons que les plaques muqueuses sont souvent des

phénomènes de cette période intermédiaire, soit qu'elles apparaissent pour la première fois, soit qu'elles récidivent.

1° Syphilide pigmentaire.

La syphilide pigmentaire n'avait jamais été bien indiquée, lorsque nous l'avons décrite pour la première fois il y a quelques années (en 1853). Depuis cette époque, M. Pillon, interne des hôpitaux, en a fait une étude particulière dans sa thèse inaugurale, et a complété son histoire. Cette syphilide apparaît du quatrième au douzième mois, et comme elle n'est accompagnée ni de douleur, ni de démangeaison, et comme la coloration des taches est peu marquée, elle passe le plus souvent inaperçue; ce qui explique qu'on l'ait si longtemps méconnue.

La syphilide pigmentaire est caractérisée par des taches grises et blanches; la coloration grise est moins foncée que celle des plaques du *pityriasis versicolor*, elle se rapproche de la teinte de café au lait. Ces taches ne font aucune saillie au-dessus de la peau, elles ne présentent aucune desquamation et paraissent situées sous l'épiderme. Leur grandeur varie d'une pièce de 50 centimes à une pièce d'un franc; leurs bords sont inégaux, déchiquetés; quelquefois isolées, ces taches sont le plus souvent réunies en grand nombre dans la même région; elles se confondent par leurs bords, et recouvrent ainsi une partie de la peau assez considérable, en laissant entre elles des taches blanches qu'elles circonscrivent. Ces taches blanches, que l'on pourrait prendre pour des parties de peau saine dont la blancheur est relevée par

la coloration grise ambiante, sont de vraies taches causées par la diminution d'épaisseur ou de teinte de la matière pigmentaire.

Nous considérons ces taches comme de véritables éphélides, produites par la matière pigmentaire irrégulièrement déposée dans les régions où existe cette éruption, cette matière étant trop abondante dans les taches grises et présentant une diminution dans les taches blanches. M. Bazin ne veut pas regarder ces taches comme de nature syphilitique, par cette raison assez singulière que le mercure n'a pas d'influence sur elles. Mais comme ces taches n'arrivent jamais que chez des individus atteints de syphilis, et comme elles coïncident avec d'autres accidents bien évidemment syphilitiques, nous persistons à penser qu'on ne peut nier leur caractère spécifique et qu'on ne doit pas les distraire du cadre de la syphilis.

La syphilide pigmentaire a pour siége de prédilection le cou; elle peut l'entourer complétement ou rester bornée aux parties latérales, quelquefois elle s'étend sur la poitrine en avant; nous l'avons rencontrée quelquefois à la figure, à la lèvre supérieure, au front, à l'abdomen. Ces taches ne se rencontrent que chez les personnes qui ont, comme on le dit dans le monde, la peau fine et délicate; c'est pour cela qu'on l'observe presque exclusivement chez les femmes; nous l'avons plusieurs fois constatée chez des hommes, mais c'était chez des individus à tempérament lymphatique, dont la peau présentait la blancheur de celle des femmes.

La syphilide pigmentaire a une marche très-variable; dans certains cas, elle disparaît au bout de un ou deux

mois, et dans d'autres elle persiste très-longtemps et quelquefois d'une manière indéfinie. Le traitement mercuriel n'a aucune influence sur son développement, ni sur sa marche, ni sur sa guérison, aussi ne doit-on pas le prescrire lorsqu'elle existe seule, sans autre phénomène syphilitique.

Diagnostic. — La syphilide pigmentaire a des caractères tellement tranchés, qu'il suffit de l'avoir vue une fois pour la reconnaître, et pour ne pas la confondre avec une autre affection. Le *pityriasis versicolor* présente une coloration plus jaune ; d'ailleurs, c'est une affection squameuse et non maculeuse, et elle éveille habituellement des démangeaisons. Les *éphélides* simples offrent une plus grande ressemblance avec la syphilide pigmentaire, mais elles existent rarement au cou, et les taches sont plus larges, plus accentuées ; dans le doute, d'ailleurs, l'étude des phénomènes concomitants devrait éclairer le diagnostic.

2° Syphilide vésiculeuse.

La syphilide vésiculeuse est une forme rare. Elle comprend trois variétés différentes : la syphilide vésiculeuse varioliforme, la syphilide vésiculeuse eczémateuse et la syphilide vésiculeuse herpétiforme. La première variété, la syphilide varioliforme, arrivant souvent dans les six premiers mois qui suivent l'accident primitif, a été décrite plus haut avec les syphilides précoces. M. Bazin ne veut pas admettre les deux autres variétés, par la raison que l'eczémateuse est pour lui une syphilide papulo-vésiculeuse circonscrite, et que l'herpétiforme n'existe

pas, ou que ce qu'on a décrit sous ce nom appartient aux manifestations parasitaires. Cependant, comme l'observation permet de reconnaître des éruptions syphilitiques vésiculeuses disséminées en plusieurs régions, et comme dans d'autres circonstances des éruptions également vésiculeuses se développent en se groupant de manière à former des cercles ayant la forme d'herpès, nous continuerons à admettre des syphilides vésiculeuses, et parmi les éruptions intermédiaires, nous décrirons la syphilide vésiculeuse eczémateuse et la syphilide vésiculeuse herpétiforme.

a. Syphilide vésiculeuse eczémateuse.

En nous servant de ce mot *eczémateuse*, nous ne voulons pas dire que nous admettons qu'il puisse y avoir un eczéma syphilitique ; non, l'eczéma est toujours dartreux, mais nous voulons dire qu'il y a une syphilide dont la lésion élémentaire est constituée par des vésicules, et que cette éruption ressemble par son aspect à l'eczéma.

Cette syphilide est caractérisée par de petites vésicules disposées en groupes irréguliers, ou disséminées çà et là. Lorsqu'elles sont isolées, chaque vésicule est entourée d'une auréole cuivrée ; lorsqu'elles sont réunies en groupes, les auréoles se confondent, forment des plaques d'un rouge sombre, couvertes de vésicules assez grosses et assez saillantes. Ces vésicules, qui semblent plus volumineuses et plus résistantes que celles de l'eczéma, ont une marche très-lente. Elles peuvent se terminer de plusieurs manières : le liquide qu'elles renferment peut rester transparent et être résorbé ; la vésicule se flétrit, le soulève-

ment épidermique s'affaisse, et il se produit une légère exfoliation blanchâtre ; l'auréole ou la plaque brune qui existe à la base des vésicules devient de plus en plus foncée, et après sa disparition il n'y a pas de cicatrice. Dans d'autres cas, le liquide se trouble, et les vésicules se rompent ; il se forme alors, sur les plaques rouges, de petites croûtes un peu foncées, plus épaisses que dans l'eczéma, et surtout, chose essentielle pour le diagnostic, ces croûtes restent isolées les unes des autres, et ne se confondent pas pour former une seule plaque croûteuse. Sous ces croûtes, il n'y a pas d'ulcération profonde ; quand elles tombent, il reste une tache brune qui disparaît sans laisser de cicatrice.

Cette syphilide se développe sur les membres, et sur le tronc ; elle est très-rare à la face.

La marche de cette syphilide est essentiellement chronique, et elle dure ordinairement plusieurs mois, parce qu'elle est entretenue par des poussées successives, qui surviennent à des intervalles irréguliers, et souvent au moment où l'on croit être arrivé à la guérison. Ces poussées permettent d'étudier simultanément, chez le même malade, l'éruption à des degrés différents.

Diagnostic. — On ne pourrait confondre la syphilide vésiculeuse eczémateuse qu'avec l'*eczéma;* mais, dans l'éruption dartreuse, les vésicules sont plus petites, plus confluentes et plus nombreuses ; le suintement séreux est plus considérable, il y a des démangeaisons, et l'on ne rencontre autour des vésicules ni l'auréole, ni les plaques cuivrées qui caractérisent si bien les affections syphilitiques.

b. Syphilide vésiculeuse herpétiforme.

La syphilide vésiculeuse herpétiforme est caractérisée par des vésicules globuleuses du volume d'un grain de millet à une groseille, à base cuivrée, disposées de deux façons, ou bien les vésicules sont placées en groupes irréguliers, ou bien elles sont rangées les unes à côté des autres de manière à former des cercles comme dans l'herpès circiné, ou des anneaux concentriques. Ces vésicules, plus résistantes que celles de l'herpès, ne se rompent que vers le huitième jour, et sont remplacées par des croûtes ou par des squames très-fines. Lorsqu'elles sont tombées, il reste pendant quelque temps des taches à coloration spécifique, qui circonscrivent des espaces occupés primitivement par les vésicules. Ces taches disparaissent plus tard sans cicatrices.

Cette syphilide est aussi très-chronique, et sa durée est entretenue par des poussées successives, qui permettent de voir en même temps la maladie à différents degrés d'évolution, et qui donnent à la région sur laquelle elle se développe un aspect zébré tout particulier.

Diagnostic. — L'absence de démangeaison, la coloration spécifique des taches ou des auréoles, la lenteur de la marche sont des caractères qui distinguent cette syphilide. Les cercles, une fois formés, n'ont pas la marche centrifuge des anneaux de l'herpès circiné, lequel, du reste, ne présente pas la coloration brune caractéristique.

3° Syphilide pustuleuse.

Les éruptions syphilitiques qui présentent une pustule comme lésion élémentaire sont très-variées : les unes, comme la syphilide pustuleuse superficielle, appartiennent à la première période et ont été décrites plus haut ; d'autres, comme la syphilide pustulo-crustacée, n'arrivent qu'avec les accidents tertiaires. Celles qui se développent de six mois à deux ans après l'accident primitif, et que nous devons faire rentrer dans les syphilides intermédiaires, sont au nombre de deux : *a.* la syphilide pustuleuse acniforme ; *b.* la syphilide ecthymateuse superficielle.

a. Syphilide pustuleuse acniforme.

Cette syphilide présente un aspect qui la fait ressembler à l'acné inflammatoire ; les pustules qui la constituent sont de la grosseur d'un grain de millet ou de chènevis ; elles sont discrètes, isolées, peu saillantes ; elles reposent sur une base d'un rouge assez vif d'abord, qui brunit peu à peu et qui n'est jamais atteinte par la suppuration. Autour de chaque pustule, on voit une auréole d'un rouge brun très-marqué. Le développement de chaque pustule est assez lent, et ce n'est souvent qu'au bout de quinze jours ou trois semaines que la pustule se rompt, et que le liquide purulent se concrète en une petite croûte sèche, d'une couleur brune ou jaunâtre. La croûte, qui ne tombe que lentement, laisse à découvert la base de la pustule qui se présente alors en forme de papule, au milieu de laquelle se voit souvent une légère

dépression. La saillie papuleuse disparaît peu à peu, et il reste à sa place, pendant longtemps, une tache d'une couleur caractéristique qui disparaît plus tard sans cicatrice. Dans certains cas, il y a une légère ulcération superficielle qui est suivie d'une cicatricule blanche, arrondie, bien différente de la cicatrice allongée et plissée qui succède à l'acné ordinaire. Comme dans les autres éruptions syphilitiques, il n'y a ni douleur, ni cuisson, ni démangeaison.

La durée de l'éruption est de sept à huit semaines; mais elle peut se prolonger plus longtemps par les poussées qui se succèdent tantôt d'une manière continue, tantôt à des intervalles assez éloignés.

L'acné syphilitique peut se développer sur toutes les parties du corps, mais elle occupe surtout le cuir chevelu, le visage et les membres, plus particulièrement les membres inférieurs que les supérieurs; elle est assez rare à la poitrine.

Diagnostic. — On pourrait confondre facilement cette syphilide pustuleuse avec l'*acné* simple et indurée des épaules et du tronc, si l'on ne faisait attention que dans l'acné les pustules sont plus grosses et d'un rouge plus vif, qu'elles n'ont pas d'auréole cuivrée, et qu'elles occupent surtout les épaules et la face, tandis qu'elles ne se développent pas sur les membres inférieurs; les cicatrices de l'acné indurée sont plus profondes et plus apparentes.

b. Syphilide ecthymateuse ou phlyzaciée.

La syphilide ecthymateuse, que l'on a encore appelée *ecthyma syphilitique*, est plus grave et plus fréquente

que la forme précédente. Elle arrive plusieurs mois après l'accident primitif, et souvent ne se développe qu'un an et deux ans plus tard. Dans quelques cas, l'éruption est précédée de quelques symptômes généraux : malaise, céphalée, fièvre ; et comme les pustules ressemblent à celle de la variole, on a pu quelquefois lui donner le nom de *variole syphilitique.*

L'ecthyma syphilitique est caractérisé par des taches rouges sur lesquelles se développent des pustules tantôt pleines, tantôt ombiliquées comme celles de la variole. Ces pustules sont assez larges, elles ont les dimensions d'un pois, d'une pièce de 20 centimes, et quelquefois celles d'une pièce de 50 centimes et même de 1 franc. Elles sont arrondies, isolées ou disposées par groupes, de manière à se réunir et à se confondre plusieurs ensemble ; elles renferment un pus épais, jaunâtre ; souvent le liquide est composé de pus et de sang mélangés. La base de la pustule n'est pas indurée comme dans la variété précédente, mais elle est entourée d'une auréole d'un rouge sombre. La rupture des pustules, en amenant au dehors l'épanchement du liquide, donne naissance à des croûtes rugueuses, inégales, d'un brun verdâtre, plus larges que la pustule elle-même. Si l'on fait tomber ces croûtes, on trouve au-dessous une ulcération superficielle, un peu fongueuse, entourée de l'auréole brune que nous venons d'indiquer. Lorsque ces croûtes se détachent d'elles-mêmes après que les ulcérations sont sèches, elles laissent à nu des taches violacées qui mettent plusieurs mois à disparaître, et qui laissent des cicatrices superficielles, souvent indélébiles.

Ordinairement il existe plusieurs pustules en même

temps, et l'on en voit quelquefois jusqu'à vingt ou trente disséminées sur le tronc ou les membres inférieurs. L'ecthyma syphilitique siége souvent sur le cuir chevelu, et alors il s'accompagne d'alopécie ; les pustules donnent naissance à des croûtes brunes, arrondies, qui entraînent les cheveux dans leur chute. On rencontre encore cette syphilide au tronc et aux membres.

L'ecthyma syphilitique dure souvent longtemps; il est entretenu par des poussées successives; il est surtout fréquent chez les individus anémiés, mal nourris et qui ont les premiers signes de la cachexie syphilitique. Aussi n'est-il pas rare de le voir associé à des phénomènes généraux graves du côté du tube digestif et du côté de la nutrition; chez quelques malades, particulièrement chez les individus débilités par une cause quelconque, l'ecthyma syphilitique peut paraître assez vite après le phénomène primitif, deux à quatre mois par exemple : il est alors l'indice d'une syphilis grave, de la variété de syphilis désignée sous le nom de *maligne*.

Diagnostic. — Lorsque l'apparition de l'ecthyma syphilitique a été accompagnée de phénomènes généraux, lorsque les pustules sont ombiliquées, il peut être confondu avec une *variole* discrète. Nous avons vu commettre cette erreur qu'on éviterait en faisant attention à la spécialité des symptômes généraux de la variole, et qui serait d'ailleurs bientôt dissipée par la marche de la maladie. Quant à l'*ecthyma cachectique*, il ressemble peu aux pustules syphilitiques, il n'arrive que chez les enfants ou les vieillards, il siége presque exclusivement aux membres inférieurs, les pustules sont plus grosses, et il n'y a pas les phénomènes concomitants de la syphilis.

L'*ecthyma de la gale* occupe surtout les mains, les pieds et les fesses, il est accompagné de violentes démangeaisons, il n'a pas l'auréole brune, et il coïncide avec des sillons, particulièrement aux mains.

4° Syphilide squameuse.

M. Bazin n'admet pas la syphilide squameuse comme forme spéciale ; il pense que les squames sont toujours consécutives à d'autres lésions, et qu'elles ne sont jamais primitives. En effet, les squames apparaissent souvent à la dernière période d'évolution des papules ou des tubercules; mais, dans d'autres cas, ces squames ne sont précédées par aucune autre lésion élémentaire, et elles se montrent réellement dès le début de l'éruption ; alors on est bien obligé de les admettre comme une forme primitive d'éruption syphilitique, c'est ce que nous ferons en nous appuyant sur des observations positives. Nous admettons trois variétés de syphilides squameuses : *a.* la syphilide squameuse en gouttes ; *b.* la syphilide squameuse circinée ; *c.* la syphilide squameuse palmaire et plantaire.

a. Syphilide squameuse en gouttes.

La syphilide squameuse en gouttes, désignée encore par certains auteurs sous le nom de *psoriasis syphilitique*, est caractérisée par des taches arrondies, à peine saillantes, de la largeur de trois millimètres à un centimètre. Ces taches, qui présentent la coloration syphilitique, sont recouvertes en partie par des squames très-fines, blanches et non imbriquées. Au bout de quelques semaines, la

saillie diminue, les squames tombent, et il reste une tache arrondie plus ou moins régulière, présentant une coloration cuivrée très-manifeste. Dans quelques cas, avant que la guérison ne s'établisse, il y a plusieurs desquamations successives, dont les squames sont de plus en plus fines. La tache cuivrée disparaît elle-même peu à peu et ne laisse pas de cicatrice.

Le psoriasis syphilitique apparaît de six mois à deux ans après l'accident primitif, et il est rarement mêlé avec d'autres syphilides intermédiaires. Lorsqu'une éruption syphilitique squameuse apparaît à une période plus précoce, on doit penser qu'elle n'est pas primitive, mais que les squames ont succédé à une éruption papuleuse.

Le siége le plus fréquent de cette syphilide est sur le tronc et sur les membres, surtout sur les membres supérieurs.

Diagnostic. — La première chose à indiquer, c'est la différence entre la syphilide squameuse et le psoriasis dartreux ; on distingue ces deux affections, qui se ressemblent beaucoup au premier abord, aux caractères suivants : dans le psoriasis commun, les squames sont épaisses, imbriquées ; lorsqu'on enlève les plus superficielles, on en trouve d'autres au-dessous, et l'on arrive difficilement jusqu'à la tache rouge qui les supporte ; l'absence de démangeaisons n'éclaire que peu le diagnostic, car si ce symptôme ne se montre pas dans la syphilide squameuse, il manque souvent dans le psoriasis dartreux. Mais on consultera avec soin le siége de l'éruption, on constatera le psoriasis principalement aux coudes et aux genoux, tandis que la syphilide squameuse

est dispersée partout, et se trouve souvent associée à d'autres accidents syphilitiques, soit de la peau, soit des muqueuses; car dans les cas douteux, le diagnostic ne peut quelquefois être établi qu'à l'aide des phénomènes concomitants, qui accompagnent ou qui précèdent fréquemment le psoriasis syphilitique.

b. Syphilide squameuse circinée.

Cette forme de syphilide squameuse est plus fréquente que la première, et elle est surtout caractérisée par la disposition circulaire. Elle se présente sous la forme de taches d'un rouge brun, peu saillantes, formant des cercles, des segments de cercle dont le centre est habituellement sain. Sur ces taches, de la grandeur d'une pièce de 1 ou de 2 francs, on voit des squames blanches, fines, non imbriquées. Puis la saillie s'efface peu à peu, les squames tombent, et il reste une tache cuivrée qui disparaît plus tard.

Cette syphilide siége le plus souvent à la figure et au cou; elle est surtout fréquente autour des lèvres et au menton; elle occupe rarement les membres, et dans ce cas on la rencontre au-dedans des coudes et aux jarrets, et non en dehors comme dans la lèpre vulgaire. Dans certains cas, les taches sont plus saillantes, plus larges, les squames sont plus épaisses et la durée est plus longue; alors l'éruption est plus tardive, elle arrive une ou plusieurs années après l'accident primitif. Au contraire, les plaques, peu saillantes et peu étendues, se montrent plus tôt, quelquefois elles apparaissent avec les éruptions précoces.

La syphilide squameuse circinée superficielle a une marche assez rapide, et sa durée n'est que de quelques semaines. La variété tardive à squames épaisses présente une marche plus lente et elle peut persister plusieurs mois.

Diagnostic. — La disposition circulaire des taches, les squames fines et non imbriquées sur une surface cuivrée, sont les principaux caractères de cette variété de syphilide squameuse. Le *psoriasis* s'en distingue par ses squames plus épaisses et imbriquées, par son siége et par l'absence des phénomènes syphilitiques concomitants. L'*herpès circiné* lui ressemble beaucoup, mais il se reconnaît par sa marche centrifuge et par l'absence d'autres accidents syphilitiques; dans quelques cas, le diagnostic est véritablement incertain, alors il faut savoir attendre avant de se prononcer, et suivre la marche de l'éruption qui s'étendra dans la maladie parasitaire et qui restera stationnaire dans la syphilis.

c. Syphilide palmaire et plantaire.

Dans certains cas assez fréquents, la syphilide squameuse prend un aspect particulier dû au siége qu'elle occupe, à la paume des mains et à la plante des pieds. Cette forme est caractérisée par des taches un peu saillantes, arrondies, d'une couleur franchement cuivrée, recouvertes de squames dures, grisâtres; ces taches sont tantôt isolées; tantôt elles sont confluentes et forment alors une plaque, qui s'étend quelquefois à la main jusqu'au poignet, et qui remonte aux pieds jusqu'aux malléoles. Par suite des mouvements des parties atteintes,

cette plaque se fendille et forme des gerçures, des rhagades souvent très-douloureuses. Aux limites des squames ou des plaques, on trouve un liséré rouge-brun caractéristique qui paraît sous la forme de segments de cercle.

Lorsque l'éruption a envahi toute la paume des mains et toute la plante des pieds, elle a une marche assez lente, sa durée est de plusieurs mois; elle se prolonge même quelquefois pendant plusieurs années, et alors le traitement spécifique général a peu d'influence pour sa guérison. C'est aux moyens locaux, aux pommades au goudron, aux lotions ou aux onctions mercurielles qu'il faut s'adresser pour faire disparaître cette affection interminable.

Diagnostic. — La syphilide squameuse limitée à la paume des mains et à la plante des pieds offre une très-grande ressemblance avec le *psoriasis dartreux* occupant le même siége; et le plus souvent, le diagnostic est impossible, s'il n'existe pas en même temps d'autres accidents syphilitiques. Cependant le psoriasis simple présente ordinairement une teinte d'un rouge plus vif, il est le siége de démangeaisons assez vives, il n'est pas formé par la réunion de cercles entourés de l'auréole cuivrée syphilitique, enfin le plus souvent il n'est pas aussi bien limité aux mains et aux pieds, et l'on peut trouver des plaques dans d'autres régions, spécialement aux coudes et aux genoux.

5° Syphilide tuberculeuse.

On appelle tubercules syphilitiques de la peau, des tumeurs indolentes, arrondies, du volume d'un pois et

quelquefois d'une noisette, de consistance assez ferme et d'une couleur franchement cuivrée. Ces tubercules peuvent se terminer par résolution ou par ulcération, et dans ce dernier cas, il en résulte une plaie plus ou moins profonde. Tantôt ils sont disséminés sur toute la surface du corps, tantôt ils sont groupés dans une ou plusieurs régions. Les différences que présentent ces tubercules dans leur époque d'apparition par rapport à la maladie principale, dans leur marche, dans leur terminaison, les ont fait diviser en deux espèces bien distinctes : la première comprenant la syphilide tuberculeuse disséminée et la syphilide tuberculeuse en groupes, la seconde se rapportant à la syphilide tuberculeuse perforante et à la syphilide tuberculeuse serpigineuse. Comme la première espèce se développe à la fin de la période des accidents secondaires, nous allons en décrire les deux formes, avec les syphilides intermédiaires ; tandis que la seconde espèce n'apparaissant que très-tard, quelquefois dix, quinze, et même trente ans après le phénomène primitif, nous la décrirons plus loin avec les syphilides tardives, en la confondant sous le nom générique de *syphilide ulcéreuse perforante et serpigineuse*, avec d'autres affections débutant par des lésions élémentaires différentes, des pustules ou des bulles, mais se terminant de même par des ulcérations spéciales.

a. Syphilide tuberculeuse disséminée.

La syphilide tuberculeuse disséminée n'est, à proprement parler, qu'une syphilide papuleuse exagérée. M. Bazin ne fait de ces deux syphilides qu'une seule va-

riété, la syphilide papulo-tuberculeuse. Nous conserverons distinctes les deux formes papuleuse et tuberculeuse, parce qu'elles présentent des caractères objectifs différents, et surtout parce que l'époque de leur apparition n'est pas habituellement la même; en effet, tandis que la syphilide papuleuse est un des phénomènes secondaires les plus précoces, il est rare que la syphilide tuberculeuse disséminée apparaisse avant le quatrième mois; de plus, cette dernière affection a une marche plus lente, et elle laisse souvent après elle des cicatrices superficielles.

La syphilide tuberculeuse disséminée est caractérisée par de petites tumeurs arrondies ou ovalaires, d'une consistance médiocre, du volume d'un pois, luisantes, d'une couleur d'un rouge foncé d'abord, devenant bientôt franchement cuivrée. Ces tubercules sont ordinairement disséminés d'une manière irrégulière; quelquefois, par leur assemblage, ils forment des cercles ou des segments de cercle. La peau qui se trouve entre les tubercules est un peu terne et flétrie; lorsque l'éruption est confluente, dans l'intervalle des petites tumeurs, elle présente la même coloration que les tubercules eux-mêmes. Au bout d'un certain temps, les tubercules se recouvrent d'une squame superficielle et blanche qui se détache d'abord par la circonférence; puis ils s'affaissent peu à peu. Ils ne sont pas susceptibles de s'ulcérer, mais ils disparaissent par résolution en laissant à leur place une légère dépression, sur laquelle persiste encore longtemps la coloration brune violacée du maigre de jambon. Cette tache s'affaiblit peu à peu, devient grisâtre, et au bout de plusieurs semaines elle peut disparaître sans laisser de trace;

quelquefois elle est suivie d'une cicatrice lisse, superficielle, de la grandeur du tubercule, laquelle n'est pas le résultat d'un travail d'ulcération et de réparation, mais survient seulement par le fait d'une absorption interstitielle dans le tissu même de la peau.

La syphilide tuberculeuse disséminée peut se montrer sur tout le corps; mais on la rencontre principalement sur la figure et au front, sur le tronc et sur les membres supérieurs.

Diagnostic. — On ne peut confondre la syphilide tuberculeuse disséminée avec aucune autre éruption ; la saillie des tubercules, leur couleur manifestement cuivrée, l'absence de pustule à leur sommet, les phénomènes syphilitiques qui les accompagnent ou qui les ont précédés, suffiront pour la distinguer de l'*acné indurée* qui présente, au premier abord, quelques caractères semblables; on doit savoir, d'ailleurs, que l'acné a pour siége d'élection exclusive le visage, le dos ou la poitrine, tandis qu'il est rare que la syphilide tuberculeuse soit aussi bornée.

b. Syphilide tuberculeuse en groupes.

La syphilide tuberculeuse en groupes est une manifestation secondaire tardive ; elle arrive un an, deux ans et même plus tard, après l'accident primitif; elle se montre souvent en même temps que l'iritis, que le testicule syphilitique, mais elle peut être encore plus tardive; son apparition est quelquefois précédée par des douleurs rhumatoïdes limitées aux régions sur lesquelles elle doit se développer.

La syphilide tuberculeuse en groupes peut se présenter

sous plusieurs aspects : tantôt elle apparaît sous la forme d'un irrégulier assemblage de tubercules globuleux petits et durs, luisants et d'un rouge cuivré intense ; ils font peu de saillie au-dessus de la peau, mais leur base semble en occuper toute l'épaisseur ; d'autres fois, et c'est le plus souvent, ils sont groupés d'une manière régulière, et figurent, par leur rapprochement, des cercles ou des segments de cercle. Ces tubercules, durs et solides, souvent recouverts d'une petite squame sèche et grisâtre, ne présentant pas de suintement, n'étant accompagnés ni de prurit, ni de cuisson, sont placés les uns à côté des autres sans se confondre : tout en formant un cercle ou une partie de cercle, ils restent ordinairement distincts les uns des autres, et le bord saillant du disque est interrompu autant de fois qu'il y a de tubercules. Dans quelques circonstances cependant ils sont plus nombreux, ils se réunissent par leurs bords, et ils forment un bourrelet continu. Le développement de ces cercles peut se faire de deux façons : les tubercules apparaissent et circonscrivent tout de suite un espace arrondi limité par un bord saillant, et dont le centre sain présente une coloration d'un gris plombé ; ou bien un ou plusieurs tubercules apparaissent et se développent sur un point circonscrit, puis ils s'affaissent et laissent une cicatrice ; pendant qu'ils se résolvent, d'autres tubercules apparaissent autour d'eux et forment ainsi un cercle circonscrivant la place primitivement affectée ; une fois développés, ces tubercules peuvent se guérir, de nouveaux peuvent apparaître à côté des anciens ; et cela plusieurs fois successives, l'éruption se faisant en suivant une marche centrifuge. Dans ces cas, au bout de deux ou trois mois, le centre de la plaque est

occupé par une cicatrice légère, présentant d'abord une coloration rouge cuivrée, et offrant plus tard une tache blanche.

Le siége de cette syphilide est spécialement au visage, et plus particulièrement au front, aux lèvres, autour des ailes du nez; on peut encore la rencontrer, mais plus rarement sur les membres supérieurs, à l'attache inférieure du deltoïde et à l'épaule, sur les membres inférieurs à la partie interne des cuisses, et plus rarement sur le tronc.

Les tubercules, d'abord d'un rouge assez vif, prennent promptement la coloration cuivrée spécifique, laquelle devient de plus en plus tranchée. Leur surface luisante et unie se recouvre à la fin d'une légère exfoliation épidermique. Puis les tumeurs s'affaissent, et l'on ne voit bientôt plus qu'une tache avec la coloration spécifique; lorsque cette tache a disparu, il reste une cicatrice déprimée, souvent indélébile, quoiqu'il n'y ait pas eu d'ulcération. Dans certains cas, le centre des tubercules se ramollit, et il survient des ulcérations assez profondes, recouvertes de croûtes présentant la coloration verdâtre caractéristique. Lorsque ces ulcérations sont guéries, elles laissent après elles une cicatrice déprimée, brunâtre, qui devient blanche plus tard.

La marche de cette syphilide est assez lente, et la durée des tubercules est toujours longue. Souvent la durée de la maladie est prolongée très-longtemps par l'apparition de nouveaux groupes de tubercules se développant au moment où les premiers s'affaissent.

Diagnostic. — Le diagnostic de la syphilide tuberculeuse en groupes est facile ; le siége et la forme de l'érup-

tion, la teinte cuivrée, l'absence de phénomènes locaux inflammatoires, suffisent presque toujours pour la faire reconnaître. La *scrofulide tuberculeuse* peut cependant être facilement confondue avec la syphilide tuberculeuse; on distinguera ces deux éruptions à l'aide des caractères suivants : le tubercule scrofuleux est moins dur, demi-transparent, plus violacé, et il est accompagné du gonflement du tissu cellulaire sous-cutané; les cicatrices sont plissées, irrégulières, souvent saillantes, tandis que celles du tubercule syphilitique sont circulaires, blanchâtres et assez lisses. Il est cependant des cas douteux, dans lesquels les caractères objectifs ne présentant pas des signes diagnostiques suffisants, on est obligé alors de s'aider des phénomènes antérieurs et concomitants, et du résultat premier du traitement.

Pronostic. — La syphilide tuberculeuse en groupes est plus grave que toutes celles que nous avons déjà décrites, car elle appartient à un âge plus avancé de la syphilis, elle a une durée longue, et elle laisse habituellement des cicatrices indélébiles.

III. — Syphilides tardives.

Les syphilides tardives apparaissent rarement dans les deux premières années qui suivent l'infection, et elles peuvent arriver cinq, dix, vingt ans après l'accident primitif. Leur apparition n'est précédée habituellement d'aucun phénomène prodromique, et la lésion élémentaire a ordinairement une durée assez courte pour qu'on puisse rarement la constater; lorsque le malade vient

derme se rompt promptement, et il se forme une croûte épaisse, inégale, verdâtre, dure, en forme de coquillage; c'est là le rupia des auteurs, lequel n'est pour nous qu'une éruption pustuleuse survenant chez un individu débilité et cachectique.

Quel qu'ait été le début de la syphilide pustulo-crustacée, à un moment donné, on constate sur le malade une ou plusieurs croûtes siégeant le plus souvent à la tête ou aux membres inférieurs ; ces croûtes sont épaisses, adhérentes, sèches, d'un noir verdâtre caractéristique. Elles présentent, d'ailleurs, quelques différences selon la forme initiale : ainsi, dans la forme ecthymateuse, la croûte est bombée au centre, et ses bords sont enchâssés dans la peau environnante, qui est épaissie, saillante et cuivrée; dans la forme impétigineuse, les croûtes sont moins saillantes, inégales, granuleuses, fendillées, débordant la surface ulcérée; dans le rupia, les croûtes sont noirâtres, saillantes, coniques, stratifiées comme des écailles d'huîtres, et entourées par l'auréole cuivrée. Souvent, autour de la croûte, l'épiderme se soulève, il s'y accumule une nouvelle quantité de sérosité puro-sanguinolente, laquelle se dessèche et augmente en étendue la croûte déjà formée et plus épaisse au centre.

Les croûtes dont nous venons de parler sont très-adhérentes; mais lorsqu'elles sont enlevées fortuitement, on trouve au-dessous d'elles des ulcérations plus ou moins larges, plus ou moins profondes, mais dont l'étendue dépasse rarement celle d'une pièce de 5 francs; leurs bords sont taillés à pic, épais, quelquefois ils sont renversés en dehors; leur fond est inégal, granuleux, quel-

quefois fongueux, formé par des bourgeons charnus, tantôt rouges, tantôt grisâtres et recouverts d'une fausse membrane qu'on retrouve souvent dans les ulcères syphilitiques. La suppuration est sanieuse, sanguinolente, très-plastique; si on ne l'enlève pas par des lotions ou des applications renouvelées, elle ne tarde pas à se concréter pour former une nouvelle croûte, qui se présente avec les caractères de coloration et de disposition déjà signalés.

Lorsque la maladie est près de se terminer, on voit les croûtes devenir de plus en plus sèches, elles s'affaissent, se contractent sur elles-mêmes, l'auréole qui les entoure prend une teinte moins rouge et quelquefois se recouvre d'une exfoliation lamelleuse. L'adhérence de la croûte à la peau diminue; elles vacillent, puis tombent et laissent à nu une surface rouge violacée, inégale, sur laquelle se forme une cicatrice arrondie et déprimée, cuivrée d'abord et plus tard d'un blanc mat.

Les ulcérations sont, le plus souvent, en petit nombre; on en trouve ordinairement cinq ou six disséminées; quelquefois on n'en rencontre qu'une ou deux, et plus rarement elles existent en grand nombre; mais, dans ce cas, l'éruption a commencé par des pustules pseudo-bulleuses développées sur un sujet atteint de cachexie. Le siége des ulcérations varie habituellement selon la lésion primitive; ainsi, elles siégent surtout aux membres inférieurs dans la forme ecthymateuse; et dans la forme impétigineuse, elles occupent de préférence le visage, le cuir chevelu, le cou et la poitrine.

La marche de la syphilide pustulo-crustacée est essentiellement chronique; sa durée est en rapport avec l'état général du malade : chez les sujets cachectiques, l'érup-

tion se prolonge souvent pendant des années ; dans tous les cas, la maladie est d'ailleurs entretenue par des poussées successives, qui se renouvellent quelquefois à des intervalles assez longs pour qu'on ait cru à une guérison démentie par une récidive.

Diagnostic. — La forme ecthymateuse pourrait être confondue avec l'*ecthyma cachecticum simplex*, mais cette dernière maladie se rencontre surtout chez les enfants et chez les vieillards ; elle siége presque exclusivement aux membres inférieurs, les pustules sont plus nombreuses, puls rapprochées, l'auréole est plus violacée, et les ulcérations sont plus superficielles.

Mais c'est surtout la *scrofulide pustuleuse* qui pourrait être confondue avec la syphilide pustulo-crustacée ; en effet, dans les deux affections, on trouve une surface circonscrite présentant des pustules agminées, donnant naissance plus tard à une ulcération recouverte d'une croûte épaisse. Mais on doit savoir que la croûte de la scrofulide est noire ou blanche, et non d'un noir verdâtre comme dans la syphilide ; les ulcérations scrofuleuses ont des bords déchiquetés, décollés et non taillés à pic, et leur fond n'a pas la pseudo-membrane grisâtre spéciale à la syphilis. Enfin, les cicatrices, au lieu d'être déprimées et d'un blanc mat, sont saillantes, irrégulières, rouges violacées d'abord et rosées plus tard. Pour établir le diagnostic dans les cas douteux, on aura recours aux antécédents du malade, aux phénomènes concomitants, et, si cela ne suffit pas, au résultat du traitement.

Pronostic. — La syphilide pustulo-crustacée présente une certaine gravité ; elle laisse des cicatrices indélébiles,

qui sont surtout fâcheuses lorsqu'elles siégent à la figure; elle dénote une infection profonde et invétérée qu'il est difficile de combattre entièrement; le pronostic est surtout fâcheux dans l'ecthyma rupiforme, qui s'accompagne souvent des phénomènes de la cachexie syphilitique, état dont nous avons déjà indiqué la gravité, tant à cause de l'altération profonde de la nutrition, que par l'impossibilité où l'on se trouve de continuer assez longtemps la médication spécifique.

2° Syphilide ulcéreuse.

Sous le nom de *syphilide ulcéreuse*, nous avons réuni les syphilides caractérisées surtout par une ulcération profonde avec tendance à l'extension, quelle qu'ait été d'ailleurs la lésion élémentaire. En effet, souvent les lésions anatomiques primitives, que ce soient des pustules ou des tubercules, ont une marche très-rapide, et les malades ne viennent consulter que lorsque la maladie consiste en une ulcération plus ou moins grave; et comme alors l'aspect, la forme et la marche de la maladie sont les mêmes, malgré la diversité de la lésion élémentaire, nous pensons qu'on doit surtout faire attention à l'ulcération, et que c'est elle qui forme le caractère dominant de ces affections cutanées.

La syphilide ulcéreuse présente à étudier deux variétés relatives à l'extension de la maladie, laquelle a lieu soit en superficie, soit en profondeur : dans le premier cas, c'est la syphilide ulcéreuse serpigineuse; dans le second, c'est la syphilide ulcéreuse perforante.

a. Syphilide ulcéreuse serpigineuse.

La syphilide ulcéreuse serpigineuse peut commencer par une syphilide pustulo-crustacée, comme nous l'avons dit plus haut, et alors cette affection, au lieu de se circonscrire, s'étend en largeur par le développement de nouvelles pustules. Mais souvent aussi, la syphilide serpigineuse débute par des tubercules rouges, durs, lisses, arrondis, indolents, dont le volume varie depuis celui d'un pois à celui d'une noisette. Ces tubercules, en nombre variable, peuvent rester un certain temps stationnaires, puis ils s'enflamment, se ramollissent, la peau qui les recouvre se perfore, et le pus se concrète en une croûte épaisse, inégale, d'un vert noirâtre. Dessous cette croûte, on trouve une ulcération peu profonde, à bords taillés à pic, saillants et durs ; lorsque les croûtes sont enlevées, on voit que le fond de l'ulcère est grisâtre et recouvert d'un pus sanieux, grisâtre, souvent fétide, qui forme de nouvelles croûtes épaisses. Quand la guérison survient, les bords de l'ulcération s'affaissent, le fond devient rouge, granuleux, la croûte s'amincit, se détache ; et lorsqu'elle tombe, elle laisse voir une cicatrice d'un brun violacé, qui plus tard se transforme en une tache blanche indélébile, soit unie, soit très-légèrement inégale.

Ordinairement, en même temps que les premières ulcérations se cicatrisent, de nouvelles pustules ou de nouveaux tubercules apparaissent, puis s'ulcèrent et forment de nouvelles croûtes et de nouveaux ulcères, de sorte que souvent, chez le même malade, on peut rencontrer des tubercules encore durs, d'autres qui se ramollissent, des croûtes noirâtres, épaisses, stratifiées, des ulcérations

grisâtres à bords taillés à pic, et enfin des cicatrices violettes ou blanches.

Cette extension de l'ulcération peut se faire en plusieurs sens : elle peut avoir lieu par un mouvement centrifuge complet, ce qui est assez rare ; elle peut suivre une traînée ; mais le plus souvent, elle se fait par un mouvement centrifuge incomplet, une partie de la circonférence se guérit pendant que le reste continue à progresser. On voit alors un sillon assez large, recouvert d'une croûte verdâtre, inégale, s'avançant de plus en plus en forme de tranchée.

Le siége de la syphilide ulcéreuse serpigineuse est surtout autour des articulations, sur le dos, sur les épaules, et même à la face. Il peut n'exister qu'une seule ulcération, mais le plus souvent il y en a plusieurs, et quelquefois un grand nombre sur le même malade.

Cette syphilide n'est accompagnée ni de douleur, ni de démangeaison ; la santé générale est très-souvent bonne, et la cachexie, que l'on rencontre quelquefois, doit être attribuée à la syphilis plutôt qu'à la manifestation cutanée.

La marche de cette syphilide est très-lente, à cause de sa tendance à l'extension ; cependant elle cède assez facilement à un traitement bien fait. Lorsque la guérison doit arriver, l'ulcération se déterge et prend les caractères d'une plaie simple ; la croûte s'amincit, devient moins foncée, puis tombe, et à sa chute on voit à sa place une tache brunâtre, qui s'efface graduellement pour laisser une cicatrice indélébile. Cette cicatrice présente souvent un aspect gaufré, et les dépressions indiquent la place où se trouvaient les ulcérations les plus profondes.

On doit être prévenu que cette syphilide récidive facilement lorsqu'on a interrompu le traitement; il n'est pas rare de voir des malades qui présentent ainsi plusieurs éruptions semblables pendant deux ou trois ans.

Diagnostic. — La syphilide ulcéreuse serpigineuse ne peut être confondue qu'avec la scrofulide pustuleuse et avec le chancre phagédénique. L'ulcération de la *scrofulide pustuleuse* est d'une teinte plus pâle ; ses bords sont irréguliers, déchiquetés, décollés ; le pus est plus liquide et comme séreux ; les croûtes sont ou blanches, ou jaunes, ou noires, mais elles n'ont pas la coloration d'un vert noir qu'on rencontre dans la syphilis ; on ne retrouve ni dans l'auréole qui entoure les plaies, ni dans les cicatrices commençantes la couleur brune caractéristique. Nous avons vu souvent confondre avec la syphilide serpigineuse un *chancre phagédénique* datant de plusieurs mois ; l'aspect mamelonné de l'ulcération, son siége dans un endroit où se développent ordinairement les ulcères primitifs, la marche envahissante de la plaie, l'absence de tout phénomène de syphilis générale, et avant tout l'inoculation possible avec le pus qui en provient, sont autant de signes qui serviront à distinguer le chancre phagédénique.

Pronostic. — La scrofulide serpigineuse est une affection grave, parce qu'elle dénote une infection profonde ; elle est grave encore, parce qu'elle laisse après elle des cicatrices indélébiles et quelquefois des brides gênant les mouvements ; enfin, si elle a une étendue considérable, la suppuration peut être assez abondante pour exercer une influence fâcheuse sur la constitution et pour augmenter les accidents de la cachexie.

b. Syphilide ulcéreuse perforante.

La syphilide ulcéreuse perforante commence le plus souvent par des tubercules ; elle siége communément au visage, sur le nez, sur les lèvres ou les oreilles. Elle débute par deux ou trois tubercules indolents, assez volumineux, mais enfoncés dans la peau de manière à ne faire qu'une légère saillie ; leur sommet devient rouge, se ramollit, et la peau est entamée ; il se forme alors une croûte noirâtre très-épaisse, très-rugueuse, qui recouvre une ulcération d'abord superficielle. Bientôt la plaie envahit toute l'épaisseur du tubercule et, continuant sa marche progressive, elle détruit tous les tissus qu'elle rencontre, sans être arrêtée ni par les cartilages ni par les os. Lorsque la croûte tombe, on aperçoit une ulcération profonde, anfractueuse, dont les bords sont saillants et unis, et le fond grisâtre; le pus, sanieux et fétide, mais très-plastique, forme promptement une nouvelle croûte, qui ne tarde pas à prendre les caractères particuliers de coloration et d'aspect que nous venons d'indiquer. Pendant toute la durée de cette affection, il n'y a aucune réaction locale ou générale due à l'affection ; les phénomènes de douleur ou de cachexie appartiennent soit à des exostoses, soit à la syphilis elle-même.

La durée de cette maladie est toujours très-longue, et elle est moins facilement modifiée par le traitement que la forme serpigineuse. Cependant elle se termine souvent par la guérison ; alors l'ulcération se déterge, ses bords s'affaissent, le fond devient rouge et granuleux comme une plaie simple, et la cicatrisation s'opère. Les cicatrices,

d'abord brunâtres, blanchissent peu à peu, elles sont souvent irrégulières, déprimées. A la suite de ces ulcères, il reste quelquefois des brides, des difformités et des pertes de substances ; une aile du nez peut manquer, et lorsque les os du nez ont été atteints, il en résulte une déformation fâcheuse du visage.

Diagnostic. — La syphilide perforante peut être confondue avec la scrofulide perforante et avec les ulcérations du cancer. La *scrofulide perforante* présente les mêmes caractères que ceux que nous avons signalés pour la forme pustuleuse de la scrofule ; ces signes, avec les antécédents et les phénomènes concomitants, suffisent le plus souvent pour établir le diagnostic. Les ulcérations produites par un *cancroïde* présentent des signes différents : elles ont débuté par un bouton verruqueux, qui a persisté longtemps avant de s'ulcérer ; elles présentent des bords saillants, déjetés en dehors ; les cicatrices, lorsqu'elles se forment, sont plus apparentes ; enfin, le diagnostic est aidé par le caractère négatif des phénomènes antérieurs et concomitants.

Pronostic. — La syphilide ulcéreuse perforante est la forme cutanée la plus grave de la syphilis ; par sa durée, par sa profondeur, par les cicatrices difformes et indélébiles qu'elle laisse après elle, et par les symptômes de cachexie qui l'accompagnent quelquefois, elle constitue une affection très-sérieuse.

TRAITEMENT DES SYPHILIDES.

Le traitement des syphilides comprend deux indications : le traitement général, qui n'est autre que celui de

la syphilis elle-même, et le traitement local qui, le plus souvent, n'est qu'accessoire.

Le *traitement général* des syphilides varie selon la période de la syphilis à laquelle appartient l'éruption que l'on observe. C'est pour cette raison toute pratique que nous avons divisé les syphilides en précoces, intermédiaires et tardives.

Les syphilides *précoces*, se développant en même temps que les accidents secondaires, demandent le même traitement, et c'est au mercure que l'on doit avoir recours. Nous avons dit au traitement de la syphilis, que nous donnons habituellement la préférence aux pilules de Sédillot, et nous en prescrivons une ou deux par jour. Dans certains cas, lorsque le malade est faible, anémié, ou lorsque le mercure fait sentir son action vers le tube digestif ou vers les gencives, nous pensons qu'on peut se contenter d'un traitement reconstituant composé de préparations de fer et de quinquina, et d'un régime alimentaire fortifiant; dans ces cas, les syphilides suivent leur marche naturelle et disparaissent spontanément; lorsque cette guérison tarde à venir, on peut plus tard arriver avec avantage aux mercuriaux. Il faut agir de même avec les scrofuleux qui, en général, supportent mal le mercure; on devra leur donner de l'iodure de fer, de l'huile de foie de morue et un régime analeptique; et ce n'est qu'à la fin qu'on pourra leur prescrire des préparations mercurielles pour hâter et consolider la guérison.

Les syphilides *intermédiaires* se montrent en même temps que les accidents de transition et réclament encore le traitement mercuriel. Nous avons déjà dit que, lorsque

la syphilide pigmentaire existait seule, il était inutile de faire un traitement, parce qu'elle n'était modifiée ni par le mercure, ni par aucun autre médicament; le temps seul en fait justice.

Les syphilides *tardives* sont, comme tous les accidents tertiaires, assez rapidement modifiées par l'iodure de potassium ; aussi, ce médicament est-il prescrit par tous les médecins ; mais, tandis que la plupart d'entre eux le donnent seul, nous sommes d'avis qu'il est préférable de l'administrer concurremment avec le mercure. MM. Bazin, Gibert et Devergie donnent ces deux médicaments, l'iodure de potassium et le protoiodure d'hydrargyre, réunis dans une même préparation, dans un même sirop; d'après notre observation, nous croyons que ces remèdes ont plus d'action lorsqu'ils sont donnés séparément et à des heures différentes. Nous ordonnons une ou deux pilules de Sédillot pour le soir, et de un à quatre grammes d'iodure de potassium en solution le matin ; nous ne donnons jamais une dose plus considérable d'iodure de potassium, parce que nous avons remarqué que la dose de vingt, de trente grammes, ordonnée par certains médecins, fatigue le malade sans amener plus rapidement la guérison, et nous ajouterons qu'il est même rare que nous élevions la dose au delà de deux grammes par jour.

Nous n'avons pas besoin de répéter ici les contre-indications à l'emploi des spécifiques, tirées de l'état du malade, qui est scrofuleux, débilité, ou tombé dans la cachexie syphilitique. Dans ces cas, les spécifiques sont nuisibles, et ils n'agissent véritablement que lorsque la constitution a été réparée par un traitement reconstituant.

Nous ne parlerons pas ici non plus des autres médicaments vantés dans le traitement de la syphilis ; il est rare qu'ils trouvent leur application dans la thérapeutique des syphilides ; nous avons suffisamment énoncé notre opinion sur ce point en parlant du traitement de la syphilis.

Le *traitement local* est le plus souvent inutile, et la plupart des syphilides guérissent soit spontanément, soit par l'effet du traitement général. Cependant, dans certains cas, des applications locales peuvent être utiles et elles peuvent hâter la guérison. Ainsi, les plaques muqueuses s'effacent plus rapidement lorsqu'on les touche avec quelques liquides astringents, tels que le vinaigre, l'eau chlorurée, ou mieux lorsqu'on les cautérise avec une solution de nitrate d'argent, ou même avec le nitrate acide de mercure ; ce dernier médicament est surtout utile contre les plaques muqueuses de la gorge rebelles au traitement général. Les excroissances verruqueuses, les végétations réclament encore davantage l'emploi des caustiques, du nitrate acide de mercure, de l'acide chromique et de l'acide azotique. Dans certaines formes squameuses, on se trouve bien d'onctions faites avec des pommades à base de goudron ou d'huile de cade.

Les lotions émollientes, les cataplasmes peuvent servir pour faire tomber les croûtes ; mais en général, il est préférable de les respecter pour ne pas mettre à nu les ulcérations, et de les laisser se détacher spontanément sous l'influence du traitement général et lorsque l'ulcération sous-jacente est cicatrisée.

Les ulcérations syphilitiques, surtout celles qui succèdent aux syphilides tardives, ont quelquefois besoin

d'être pansées avec des pommades légèrement excitantes, telles que l'onguent digestif, l'onguent Canet, qui semblent favoriser la cicatrisation. Dans ce but, une pommade qui nous a donné d'heureux résultats est la suivante : minium et cinabre deux grammes de chaque, pour trente grammes d'axonge ou de cérat.

Dans le traitement des syphilides, on ne doit pas oublier l'usage des bains simples, alcalins ou sulfureux. Les bains de sublimé, les fumigations cinabrées, que certains médecins ordonnent pour toutes les syphilides, ont beaucoup moins d'action que le mercure administré à l'intérieur, et ils doivent être réservés pour les enfants et pour les personnes dont le tube digestif ne peut supporter les préparations hydrargyriques.

L'hygiène joue également un rôle important dans la thérapeutique des syphilides ; il faut que le malade s'abstienne de toute excitation, de toute fatigue. Dans les plaques muqueuses qui siégent aux lèvres et à la bouche, il faut proscrire le tabac. La nourriture doit être substantielle, composée principalement de viande ; à la fin de la seconde période de la syphilis et pendant la troisième, on doit prendre un peu de vin pur, un peu de café. Lorsque la guérison tarde à se manifester, un changement d'air et le séjour à la campagne viennent souvent produire une terminaison heureuse. A ce régime hygiénique reconstituant, chez les individus un peu faibles et principalement dans les syphilides tardives, il est bon d'ajouter quelques médicaments toniques, tels que l'iodure de fer, le quinquina, les préparations de gentiane.

Dans certains cas, malgré l'usage des spécifiques et d'un traitement médical et hygiénique bien ordonné, on voit les syphilides persister longtemps, et même récidiver. C'est alors, lorsque surtout la constitution est altérée, qu'il est utile d'envoyer les malades à des *eaux minérales*. Celles qui conviennent le mieux sont les eaux sulfureuses, telles que celles de Baréges, de Luchon, d'Uriage, d'Ax, de Schinznach, d'Aix, d'Enghien, etc. En même temps que les eaux, on peut prescrire un traitement mercuriel ou ioduré, lequel amène habituellement une prompte amélioration; mais chez les individus débilités, cachectiques, il est préférable de n'employer que le traitement thermal, et de ne recourir aux spécifiques que plus tard, lorsque la constitution a été rétablie par l'influence des eaux.

Lorsque les syphilides ont disparu, les eaux sulfureuses sont encore utiles pour consolider la guérison; en rétablissant les forces et l'harmonie des principales fonctions, elles peuvent prévenir des récidives. Pour obtenir ce dernier résultat, l'*hydrothérapie* peut également être avantageuse; elle est indiquée principalement dans les cas d'anémie avec accidents nerveux consécutifs.

Outre cette action sur l'évolution de la maladie syphilitique et sur la santé générale, quelques eaux minérales auraient encore une autre propriété, dont on peut tirer parti pour le diagnostic et pour le pronostic de la syphilis. Cette propriété serait de faire reparaître des éruptions syphilitiques chez des personnes atteintes de syphilis latente. Cette action révélatrice appartiendrait surtout aux eaux de Louesche. Nous ne saurions dire au juste si ces opinions sont fondées sur une observation

bien exacte ; mais ce que nous pouvons affirmer comme une vérité incontestable, c'est le bon effet des eaux minérales pour effectuer et pour consolider la guérison des divers accidents syphilitiques, et en particulier des manifestations cutanées.

FIN.

TABLE DES MATIÈRES

AVIS.

Indépendamment des ouvrages dont le titre figure dans ce Catalogue, nous nous engageons à fournir, aux conditions les plus avantageuses, tous les livres, de quelque genre qu'ils soient.

Nous nous chargeons de faire venir, dans les quinze jours de la commande, tous les ouvrages publiés en Allemagne et en Angleterre.

Nous nous chargeons également de faire les commissions qui nous seront adressées de France et de l'étranger.

ON TROUVE A LA MÊME LIBRAIRIE toutes les Thèses de Doctorat et de Concours, et un grand nombre de Brochures et Mémoires sur les Sciences médicales.

Principaux correspondants chez lesquels se trouvent les ouvrages mentionnés dans ce Catalogue.

MM. COULET, à Montpellier.
CAMOIN, à Marseille.
COSNIER et LACHEZE, à Angers.
MEGRET, à Lyon.
GIMET, à Toulouse.
VERDIER, à Rennes.
FERET, à Bordeaux.
TREUTTEL et WURTZ, à Strasbourg.
LEBRUMENT, à Rouen.
DERIVAUX, à Strasbourg.
VELOPPE, à Nantes.
MASSIF, à Caen.
MAISONVILLE, à Grenoble.
E. PERRIN, à Mulhouse.

MM. MANCEAUX et MAYOLLEZ, à Bruxelles.
HIRSCHWALD, à Berlin.
BAILLY BAILLIÈRE, à Madrid.
CAMMELLI, à Florence.
DUMOLARD, à Turin.
LASTRES, à la Havane.
NATANSON, à Varsovie.
FANNIN, à Dublin.
H. BAILLIÈRE, à Londres.
JUNG-TREUTTEL, à Leipzig.
PINTO, à Rio-de-Janeiro.
CHERBULIEZ, à Genève.

Paris. — Imprimerie de E. MARTINET, rue Mignon, 2.

CATALOGUE DES LIVRES DE FONDS

DE LA LIBRAIRIE

ADRIEN DELAHAYE

NOTA. — Tous les ouvrages portés dans ce Catalogue sont expédiés par la poste, dans les départements et en Algérie, *franco* et sans augmentation sur les prix désignés. — Prière de joindre à la demande des *timbres-poste* pour une somme de moins de cinq francs ou un *mandat* sur Paris.

On ne reçoit que les lettres affranchies.

Agenda-Formulaire des médecins-praticiens, publié sous la direction de M. le Dr Bossu, paraissant tous les ans, du 1er au 10 décembre. 1 vol. in-18 de 400 pages, broché . . . . 1 fr. 75
Reliures depuis 3 fr. jusqu'à 9 fr.

Agenda-Memento du médecin pour 1866, suivi d'un Memento médical et pharmaceutique à l'usage des praticiens, 2e année. Petit in-12, cartonné à l'anglaise . . . . 1 fr. 50

Almanach général de médecine et de pharmacie, pour la ville de Paris et le département de la Seine, publié par l'administration de l'*Union médicale*, paraissant tous les ans du 1er au 10 décembre. 1 vol. in-18 d'environ 600 pages . . . . 3 fr. 50

Annuaire général des sciences médicales, par le Dr Cavasse. 5 vol. (années 1857, 1858, 1859, 1860 et 1862). Prix de la collection . . . 20 fr.

ALLARD. **De la thérapeutique hydrominérale des maladies constitutionnelles, et en particulier des affections tégumentaires externes**. In-8 de 74 pages. Paris, 1860 . . . . 2 fr.

ALLARD. **Précis sur les eaux thermales chloro-bicarbonatées mixtes ferrugineuses arsenicales de Royat** (Puy-de-Dôme), suivi du Guide indicateur. In-8 de 96 pages. Paris, 1861 . . . . 1 fr.

ALLARD. **Du traitement de la phthisie pulmonaire par les eaux d'Auvergne**. In-8 de 56 pages. Paris, 1863 . . . . 1 fr. 50

ALLARD ET BOUCOMONT. **Les eaux thermo-minérales d'Auvergne, leur spécialité médicale, leur état actuel et leur avenir**. Grand in-8 de 110 pages. Paris, 1862 . . . . 2 fr. 50

ALMAGRO. **Étude clinique et anatomo-pathologique sur la persistance du canal artériel**. Mémoire accompagné de 3 planches, dont une coloriée. Paris, 1862 . . . . 3 fr. 50

ALUISON. **Essai statistique sur la pathogénie de la folie.** Grand in-8 de 43 pages. Paris, 1866 .... 1 fr. 50

AMYOT, médecin-dentiste, etc. **Odontologie.** Hygiène de la bouche. In-12 de 44 pages. Paris, 1867 .... 1 fr.

ANGER (B), ET WORTHINGTON. **Mélanomes.** In-8 de 46 pages et 3 planches. Paris, 1866 .... 1 fr. 50

AUBURTIN. **Recherches cliniques sur les maladies du cœur**, d'après les leçons de M. le professeur Bouillaud ; précédées de *Considérations de philosophie médicale sur le vitalisme, l'organicisme et la nomenclature médicale*, par le professeur BOUILLAUD. 1 vol. in-8 de 448 pages... 3 fr. 50

AUBURTIN. **Recherches cliniques sur le rhumatisme articulaire aigu.** 1 vol. in-8. Paris, 1860 .... 3 fr. 50

AVRARD. **De la genèse et de la durée de la grossesse dans l'espèce humaine.** In-8, 2e édition. (*Sous presse.*)

AVRARD. **Des injections intra-utérines.** In-8 de 69 pages. 1866. 2 fr.

AZÉMA. **De l'ulcère de Mozambique**, suivi d'un rapport lu à la Société de chirurgie de Paris, par M. Aug. CULLERIER, chirurgien de l'hôpital du Midi. In-8 de 87 pages. Paris, 1863 .... 2 fr.

BASTARD. **Étude sur le traitement de la suette miliaire.** Avantage des bains tièdes. 1 vol. in-8 de 279 pages. Paris, 1867 .... 4 fr. 50

BAUCHET, chirurgien des hôpitaux de Paris. **Des lésions traumatiques de l'encéphale.** Paris, 1860. In-8 de 200 pages .... 3 fr.

BAUCHET. **Du panaris et des inflammations de la main.** Paris, 1859. 1 vol. in-8, 2e édition, revue et augmentée .... 3 fr. 50

BAUDOT (EDMOND). **Examen critique de l'incubation appliquée à la thérapeutique.** 1858. Grand in-8 .... 1 fr. 25

BAZIN, médecin de l'hôpital Saint-Louis, etc. **Leçons sur la scrofule**, considérée en elle-même et dans ses rapports avec la syphilis, la dartre et l'arthritis. 1 vol. in-8, 2e édition, revue et considérablement augmentée. Paris, 1861 .... 7 fr. 50

BAZIN. **Leçons théoriques et cliniques sur les affections cutanées parasitaires**, professées à l'hôpital Saint-Louis, rédigées et publiées par POUQUET, revues et approuvées par le professeur. 2e édition, revue et augmentée. 1 vol. in-8 ornée de 5 planches sur acier. 1862 .... 5 fr.

BAZIN. **Leçons théoriques et cliniques sur la syphilis et les syphilides**, professées à l'hôpital Saint-Louis par le Dr BAZIN, publiées par le Dr DUBUC, revues et approuvées par le professeur. 2e édition considérablement augmentée. Paris, 1866. 1 vol. in-8 accompagné de 4 magnifiques planches sur acier, figures coloriées .... 10 fr.
Sepia .... 8 fr.

BAZIN. **Leçons théoriques et cliniques sur les affections cutanées de nature arthritique et dartreuse**, considérées en elles-mêmes et dans leurs rapports avec les éruptions scrofuleuses, parasitaires et syphilitiques, professées à l'hôpital Saint-Louis par le docteur BAZIN, rédigées et publiées par L. SERGENT, revues et approuvées par le professeur. Paris, 1860 1 vol. in-8 .... 5 fr.

[redacted]

BAZIN. **Leçons théoriques et cliniques sur les affections cutanées artificielles et sur la lèpre, les diathèses, le purpura, les difformités de la peau,** etc., professées à l'hôpital Saint-Louis par le docteur BAZIN, recueillies et publiées par le docteur GUÉRARD, revues et approuvées par le professeur. Paris, 1862. 1 vol. in-8.................... 6 fr.

BAZIN. **Leçons sur les affections génériques de la peau,** professées à l'hôpital Saint-Louis par le docteur BAZIN, recueillies et publiées par les docteurs BAUDOT et GUÉRARD, revues et approuvées par le professeur. Paris, 1862 et 1865. 2 vol. in-8.............................. 11 fr.
Le tome II se vend séparément............................ 6 fr.

BAZIN. **Examen critique de la divergence des opinions actuelles en pathologie cutanée,** leçons professées à l'hôpital Saint-Louis par le docteur BAZIN, rédigées et publiées par le docteur LANGRONNE, revues et approuvées par le professeur. 1 vol. in-8. Paris, 1866......... 3 fr. 50

BAZIN. **Leçons sur le traitement des maladies de la peau par les eaux minérales.** 1 vol. in-8. 1868. (*Sous presse.*)

BECQUEREL (ALFRED). **Recherches cliniques sur la méningite des enfants.** In-8 de 128 pages. Paris, 1838....... .... 1 fr.

BECQUEREL. **De la métrite folliculeuse ou granuleuse hémorrhagique ou des fongosités utérines,** d'après les leçons professées à l'hôpital de la Pitié. In-8 de 15 pages. Paris, 1860.............. 50 c.

BECQUEREL. **Histoire d'un cas de morve aiguë chez l'homme,** recueillie dans le service de M. le professeur ANDRAL. Paris. In-8 de 18 pages..................... .... 50 c.

BECQUEREL. **Recherches anatomico-pathologiques sur la cirrhose du foie.** Paris, 1840. In-8 de 60 pages.................... 1 fr. 50

BECQUEREL. **Relation d'une épidémie d'affections pseudo-membraneuses et gangréneuses,** qui a régné à l'hôpital des Enfants-Malades de Paris pendant le cours de l'année 1851. Paris. In-8 de 61 pages.. 1 fr. 50

BECQUEREL. **De l'empirisme en médecine.** Paris, 1844. 1 vol. in-8 de 82 pages.. 2 fr.

BECQUEREL. **Recherches sur la composition du sang dans l'état de santé et dans l'état de maladie,** par BECQUEREL et RODIER. Paris, 1843. In-8 de 128 pages........................... 2 fr.

BECQUEREL. **Note** relative à quelques analyses du sang, des vomissements et des évacuations alvines, et des urines des cholériques. Paris, 1849. In-8 de 16 pages.. 50 c.

BECQUEREL. **Nouvelles recherches d'hématologie,** lues à l'Académie des sciences. Paris, 1852. In-8 de 54 pages................ 1 fr. 50

BECQUEREL. **Recherches sur les conferves des eaux thermales de Néris.** Paris, 1855. In-8 de 44 pages...................... 1 fr.

BECQUEREL. **Recherches sur la nature des lésions élémentaires des reins** dans le groupe d'affections comprises sous le terme générique de *maladie de Bright*. Paris, 1855. In-8 de 31 pages............ 1 fr. 25

BECQUEREL. **De l'albuminurie et de la maladie de Bright.** Mémoire présenté à l'Académie impériale de médecine. Paris, 1856. In-8 de 44 pages .... 1 fr.

BECQUEREL. **Des applications de l'électricité à la pathologie.** Leçons faites à l'hôpital de la Pitié. Paris, 1856. In-8 de 52 pages...... 1 fr. 50

BECQUEREL. **De l'état puerpéral**; résumé d'une série de leçons cliniques faites à l'hôpital de la Pitié. Paris, 1857. In-8 de 43 pages..... 1 fr. 25

BECQUEREL. **Analyse du lait des principaux types de vaches, chèvres, brebis, bufflesses**, présentés au concours agricole universel de 1859. In-8 de 35 pages.................................. 75 c.

BECQUEREL. **Recherches sur les causes de phlegmasies chroniques de l'utérus**, la nature de l'état général morbide qui les accompagne, et le traitement qui leur convient. Paris, 1859. In-8 de 36 pages...... 75 c.

BECQUEREL. **Cours de pathologie générale**, fait à la Faculté de médecine de Paris. Paris, 1841. In-8 de 26 pages.................. 50 c.

BECQUEREL. **Des eaux d'Ems.** Études sur les propriétés physiques, chimiques et thérapeutiques de ces eaux. Paris, 1859. In-8 de 45 pages. 1 fr.

BELLOC. **De l'ophthalmie glaucomateuse**, son origine et ses divers modes de traitement. In-8 de 138 pages. Paris, 1867............ 3 fr.

BENNI. **Recherches sur quelques points de la gangrène spontanée** (accidents inopexiques et ondartérite hypertrophique). In-8 de 140 pages. Paris, 1867.................................. 2 fr. 50

BERENGER-FÉRAUD. **Des fractures en V** au point de vue de leur gravité et de leur traitement. In-8 de 50 pages. Paris, 1864.......... 1 fr. 50

BERNARD. **Étude sur la fièvre typhoïde.** In-8 de 95 pages. Paris, 1865.. 2 fr.

BERGERON (Georges). **Recherches sur la pneumonie des vieillards** (pneumonie lobaire aiguë). In-8 de 80 p. et 1 tableau. Paris, 1866. 2 fr. 50

BERNADET (Ch.). **Du catarrhe de la vessie chez les femmes réglées.** In-8 de 112 pages. Paris, 1865.................. 2 fr. 25

BERRUT. **De la constriction permanente des mâchoires et des moyens d'y remédier.** In-8 de 59 pages. Paris, 1867....... 1 fr. 50

BERTIN, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Montpellier. **De la Ménopause**, considérée principalement au point de vue de l'hygiène. In-8 de 179 pages. Paris, 1866.................................. 3 fr.

BERTIN. **Étude pathogénique de la glucosurie.** In-8 de 90 pag. 2 fr.

BERTIN. **Étude pathogénique de la glucosurie**, embrassant l'histoire, les causes, la nature et le traitement de ce symptôme morbide. In-4 de 80 pages. Paris, 1866.. 2 fr.

BERTHOLLE. **Des corps étrangers dans les voies aériennes.** In-8 de 127 pages. Paris, 1866.............................. 2 fr. 50

Mémoire couronné par l'Académie impériale de médecine.

BESNIER (J.). **Recherches sur la nosographie et le traitement du choléra épidémique**, considéré dans ses formes et ses accidents secondaires (épidémies de 1865 et 1866). In-8 de 192 pages, avec figures intercalées dans le texte. Paris, 1867.......................... 3 fr. 50

BEYRAN. **De l'uréthrotomie dans le traitement des rétrécissements de l'urèthre**, indications et contre-indications. In-8 de 19 pages. 1865.. 75 c.

[redacted]

BEYRAN. **Leçons sur les maladies des voies urinaires.** In 8 de 35 pages. Paris, 1866 .... 1 fr. 25

BEYRAN. **Diagnostic différentiel des affections du testicule,** leur symptomatologie et leur traitement. In-4. 1850 .... 1 fr. 25

BIDLOT. **Études sur les diverses espèces de phthisie pulmonaire et sur le traitement applicable à chacune d'elles.** 1 vol. in-8° de 253 pages. Paris, 1868 .... 4 fr.

BLANC. **De l'action du soufre et des sulfureux dans le traitement de la syphilis.** In-8 de 47 pages. Paris, 1867 .... 1 fr. 50

BOBŒUF, lauréat de l'Institut. **De l'acide phénique, de ses dissolutions aqueuses et du phénol sodique.** De leurs applications à l'hygiène, à la thérapeutique et à l'industrie. In-8 de 68 pages. Paris, 1866 1 fr.

BOIS. **Thérapeutique de la méthode des injections sous-cutanées.** Paris, 1864. In-8 de 32 pages 1

BONNIÈRE. **Traité complet iconographique et pratique des maladies contagieuses des organes génito-urinaires.** Traitement sans mercure. Ouvrage illustré d'un grand nombre de figures intercalées dans le texte. 1 vol. in-8. 1867 .... 6 fr. 50

BONNIÈRE. **Essai théorique et pratique sur la blennorrhagie de nature rhumatismale.** In-8 de 48 pages. Paris, 1866 ...... 1 fr. 50

BOSSU (A.), médecin en chef de l'infirmerie Marie-Thérèse, etc. **Anthropologie,** ou étude des organes, fonctions, maladies de l'homme et de la femme. 5e édition. 2 vol. et atlas. Avec figures noires .... 15 fr.
Avec figures coloriées .... 21 fr.

BOSSU. **Nouveau Dictionnaire d'histoire naturelle, et des phénomènes de la nature.** 3 vol. in-4 avec figures intercalées dans le texte. Paris, 1857 et 1859 .... 20 fr.

BOSSU. **Traité des plantes médicinales indigènes,** précédé d'un cours de botanique. 2e édition. 2 vol. in-8 et atlas. Paris, 1862. Avec figures noires .... 13 fr.
Avec figures coloriées .... 22 fr.

BOUCHAUD, ancien interne de la Maternité de Paris. **De la mort par inanition et études expérimentales sur la nutrition chez le nouveau-né.** In-8 de 128 pages et 4 tableaux. Paris, 1864 .... 2 fr. 50

BOUGARD, médecin consultant à Bourbonne-les-Bains, etc. **Les eaux salées chaudes de Bourbonne-les-Bains** (eaux chlorurées sodiques et bromo-iodurées). Paris, 1863. 1 vol. in-12 de 150 pages .... 2 fr.

BOURCART. **De la situation de l'S iliaque chez les nouveau-nés,** dans ses rapports avec l'établissement d'un anus artificiel. Paris, 1863. In-4 de 40 pages avec figures .... 1 fr. 50

BOURJEAURD (P.). **De la compression élastique et de son emploi en médecine et en chirurgie.** Grand in-8. Paris, 1860 ..... 1 fr. 50

BOURROUSSE DE LAFFORE. **Des taches de la cornée,** et des moyens de les faire disparaître. Grand in-8 de 36 pages. 1860 .... 1 fr. 50

BOYER (Jules). **Guérison de la phthisie pulmonaire,** et moyens de pré-

venir cette maladie à l'aide d'un traitement nouveau. 7e édition. Paris, 1868. In-8 de 112 pages .... 1 fr. 50

BRACHET. **Traité de l'hystérie.** 1 vol. in-8 .... 3 fr. 50

BRACHET. **Traité pratique des convulsions dans l'enfance.** 2e édit. 1 vol. in-8 .... 3 fr. 50

BRACHET. **Traité pratique de l'hypochondrie.** 1 vol. in-8 .. 3 fr. 50

BRÉBANT. **Principe de physiologie pathologique appliquée.** In-8 de 114 pages. Paris, 1867 .... 2 fr.

BRIAU. **Mémoire sur quelques difficultés de diagnostic dans les maladies chroniques des organes pulmonaires.** Paris, 1859. In-8 de 38 pages .... 1 fr.

BROCA (Paul), professeur agrégé de la Faculté de médecine de Paris, chirurgien des hôpitaux, etc. **Études sur les animaux ressuscitants.** Paris, 1860. In-8 avec figures gravées .... 3 fr.

BROCA. **Sur l'anesthésie chirurgicale hypnotique.** In-8 de 16 pages. 1859 .... 50 c.

BRUNET. **Recherches sur les néomembranes et les kystes de l'arachnoïde.** In-4 de 96 pages .... 1 fr. 50

CABOT. **De la tarsalgie ou arthralgie tarsienne des adolescents.** In-8 de 92 pages. Paris, 1866 .... 2 fr.

CAISSO (B.). **Recherches cliniques et anatomo-pathologiques sur la fièvre typhoïde.** 1 vol. in-8 de 335 pages. Paris, 1864 .... 5 fr.

CAIZERGUES. **Du névrome,** observations et réflexions. Paris, 1867. In-8 de 113 pages .... 2 fr. 50

CAMPANA. **Considérations nouvelles sur l'origine de l'hypertrophie et de la dilatation du cœur.** Paris, 1861. In-4 de 78 pages. 1 fr. 50

CARBONELL. **De l'uréthrotomie externe.** Paris, 1866. In-8 de 52 pages .... 1 fr. 50

CARESME. **Recherches cliniques relatives à l'influence de la grossesse sur la phthisie pulmonaire.** In-8 de 151 pages. Paris, 1866. 3 fr.

CARRE, lauréat de l'Académie impériale de médecine de Paris. **Recherches nouvelles sur l'ataxie locomotrice progressive** (myélophthisie ataxique), considérée surtout au point de vue de l'anatomie et de la physiologie pathologique. 1 vol. grand in-8 de 350 pages, accompagné de 3 planches lithographiées. Paris, 1865 .... 6 fr.

CASTAN, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Montpellier, etc. **Traité élémentaire des diathèses.** Paris, 1867. 1 vol. in-8 de 467 pages .... 6 fr.

CASTAN. **Compte rendu des principales maladies** observées dans le service de la clinique médicale de Montpellier. Montpellier, 1867. In-8 de 94 pages .... 2 fr.

CASTIER. **Étude clinique sur le sarcocèle tuberculeux.** Paris, 1866. In-8 de 47 pages .... 1 fr. 50

CAULET, médecin-inspecteur des eaux, etc. **Notice sur les sources ferru-**

gineuses et l'établissement thermal de Forges-les-Eaux. Paris, 1867. In-8 de 56 pages .... 1 fr. 50

CAYRADE. **Recherches critiques et expérimentales sur les mouvements réflexes.** 1 vol. in-8 de 185 pages. Paris, 1864.... 3 fr. 50

CAYRADE. **Études sur les poisons convulsivants de la picrotoxine.** 1866, in-8 de 31 pages .... 1 fr.

CAZENAVE DE LA ROCHE. **Dix-sept années de pratique aux Eaux-Bonnes.** Paris, 1867. 1 vol. in-8 de 230 pages .... 3 fr. 50

CAZENAVE. **Du tremblement des mains et des doigts**, et description de deux machines orthopédiques, à l'aide desquelles les malades qui ont été amputés du poignet droit, ou qui ont un tremblement oscillatoire de la main droite peuvent écrire. In-8 de 79 pages, 1855 .... 1 fr. 50

CHABRAND, médecin de l'hôpital civil de Briançon, etc. **Du goître et du crétinisme endémiques et de leurs véritables causes.** Paris, 1864. In-8 de 92 pages .... 2 fr.

CHANCEREL. **Historique de la gymnastique médicale** depuis son origine jusqu'à nos jours. In-8 de 70 pages. Paris, 1864 .... 2 fr.

CHARAZAC, docteur en médecine, etc. **La clef du diagnostic**, ou *vade mecum* de l'élève et du praticien. Sémiologie, description, traitement. 1866, 1 vol. in-12 de 470 pages .... 5 fr.

CHARCOT, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, médecin de l'hospice de la Salpêtrière, etc. **Leçons cliniques sur les maladies des vieillards et les maladies chroniques**, recueillies et publiées par le docteur Ball, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, etc. 1868, 1 vol. in-8 avec figures intercalées dans le texte, et 3 planches en chromolithographie .... 6 fr.

CHARCOT. **De la pneumonie chronique.** In-8 de 67 pages et une planche gravée sur acier. Paris, 1860 .... 2 fr.

CHARCOT. **L'intoxication saturnine exerce-t-elle une influence sur le développement de la goutte ?** Paris, 1863 .... 50 c.

CHARCOT. **Sur la claudication intermittente** observée dans un cas d'oblitération complète de l'une des artères iliaques primitives. In-8, 1859 .... 50 c.

CHARLE. **Des ulcérations de la langue dans la coqueluche.** In-8 de 34 pages. Paris, 1864 .... 1 fr.

CHASSAIGNAC. **Des tumeurs de la voûte du crâne.** 1 vol. in-8, 1848 .... 2 fr.

CHASSAIGNAC. **Des plaies de la tête.** In-8, 1842 .... 3 fr.

CHÉDEVERGNE. **De la fièvre typhoïde et de ses manifestations congestives**, inflammatoires et hémorrhagiques vers les principaux appareils de l'économie (cerveau, moelle, poumons, etc.), stéatose du foie. 1 vol. in-8 de 238 pages. Paris, 1864 .... 3 fr. 50

CHÉDEVERGNE. **Du traitement des plaies chirurgicales et traumatiques** par les pansements à l'alcool (eau-de-vie camphrée). In-8 de 39 pages. Paris, 1864 .... 1 fr. 25

CHEREAU. **Notice sur les anciennes écoles de médecine** *de la rue de*

la Bucherie, lettre adressée à M. le Dr Latour. Gr. in-8 de 32 pages avec un plan et une vue. Paris, 1866.......................... 1 fr. 25

CHÉRON. **Observations et recherches** sur la folie consécutive aux maladies aiguës. In-8 de 104 pages 1866.......................... 2 fr.

CHEVALIER (Arthur). **L'étudiant micrographe**. Traité théorique et pratique du microscope et des préparations. Ouvrage orné de planches représentant 300 infusoires et de 200 figures dans le texte. 2e édition, augmentée des applications à l'étude de l'anatomie, de la botanique et de l'histologie, par MM. Alphonse de Brebisson, Henry van Heurck et G. Pouchet. 1 vol. in-8 de 563 pages. Paris, 1865.......................... 7 fr. 50

CHEVALIER. **Le trichinoscope** et ses applications aux usages domestiques et à l'examen des trichines. In-8, 1866.......................... 1 fr.

CHEVALIER. **Manuel de l'étudiant oculiste**, traité de la construction et de l'application des lunettes pour les affections visuelles. 1 vol. in-8 jésus de 300 pages et 90 figures intercalées dans le texte. Paris, 1868..... 3 fr.

CHEVALIER. **L'art de l'opticien** et ses rapports avec la construction et l'application des lunettes. Paris, 1863. In-8 de 28 pages............ 50 c.

CHRISTOT. **Recherches anatomiques et physiologiques sur la moelle des os longs**. In-8 de 160 pages. Paris, 1865.......... 3 fr.

CLAPARÈDE. **Etudes sur les bains de mer**, conseils aux baigneurs. In-8. Paris, 1865.......................... 1 fr. 50

CLERC. **Du chancroïde syphilitique**. In-8. Paris, 1854.......... 75 c.

COLOMBEL. **Recherches sur l'arthrite sèche**. Mémoire in-4 de 120 pages. Paris, 1862.......................... 2 fr.

COMMENGE. **Recherches faites à Saint-Lazare sur la vaccination et la revaccination**. Mémoire adressé à l'Académie de médecine et honoré d'une médaille d'argent. In-8 de 30 pages. Paris, 1862.......... 75 c.

CONSTANS, inspecteur général du service des aliénés. **Relation sur une épidémie d'hystéro-démonopathie en 1861**. 2e édition, in-8 de 130 pages. Paris, 1863.......................... 2 fr.

COOPER (Samuel). **Traité élémentaire de pathologie chirurgicale**. 1 vol. in-8.......................... 1 fr. 50

CORBEL-LAGNEAU. **Nouveau traitement respiratoire des maladies chroniques de la poitrine**. In-8 de 44 pages, 1861........ 1 fr. 25

CORNARO. **L'art de vivre longtemps et en bonne santé**, traduit de l'italien de L. Cornaro, sur l'édition de 1646, par le Dr J. Patezon, médecin inspecteur des eaux de Vittel. Paris, 1861, in-8 de 44 pages...... 1 fr.

COSTE. **Etude clinique sur le cancer de l'œil**. In-8 de 115 pages. Paris, 1866.......................... 2 fr. 50

COURAL. **De l'acclimatation de l'Européen dans les pays chauds**. In-4 de 103 pages, 1866.......................... 2 fr.

CULLERIER, chirurgien de l'hôpital du Midi, etc. **Des affections blennorrhagiques : Leçons cliniques** professées à l'hôpital du Midi, recueillies et publiées par le Dr Royet, suivies d'un Mémorial thérapeutique, revues et approuvées par le professeur. Paris, 1861. 1 vol. in-8 de 248 pages. 4 fr.

DACOROGNA. **De l'influence des émanations volcaniques sur les êtres organisés** particulièrement, étudiée à Santorin pendant l'éruption de 1866. In-8 de 159 pages, 1867.................................. 3 fr.

DANCEL (physiologie appliquée). **Les formes du corps humain corrigées**, et par suite les facultés intellectuelles perfectionnées par l'hygiène. In-8 de 115 pages. Paris, 1865......................... 2 fr.

DANCEL. **Hygiène.** Nouveaux préceptes pour diminuer l'embonpoint sans altérer la santé, avec 3 photographies. 1867.................... 5 fr.

DANCEL. **Traité théorique et pratique de l'obésité.** 1 vol. in-8. 1863... 4 fr.

DANCEL. **De l'influence des voyages sur l'homme et sur les maladies.** 1 vol. in-8. 1864....................................... 4 fr.

DANCEL. **De l'influence des boissons et de l'alimentation aqueuse dans la production du lait.** In-8 de 16 pages, 1866........... 50 c.

DANIS. **Études sur la dysentérie** au point de vue de l'étiologie, de la nature et du traitement, suivies de considérations générales sur toute une classe de maladies, les septicémies ou maladies par empoisonnement du sang. In-8 de 104 pages. Valenciennes, 1862......................... 2 fr.

DANJOY. **De la phthisie pulmonaire**, dans ses rapports avec les maladies chroniques. In-4 de 61 pages. Paris, 1862................. 1 fr. 50

DANTON (A.). **Essai sur les hémorrhagies intra-oculaires.** Grand in-8 de 82 pages. Paris, 1864................................. 2 fr.

DAUDÉ. **Traité de l'érysipèle épidémique.** 1 vol. in-8 de 344 pages, 1867. *Ouvrage récompensé par l'Académie impér. de médecine.* 5 fr. 50

DAVREUX. **Considérations cliniques sur le choléra**, principalement au point de vue du pronostic et du traitement. In-8 de 81 pages, 1867. 2 fr.

DECLAT. **Nouvelles applications de l'acide phénique en médecine et en chirurgie**, aux affections occasionnées par les mycrophytes, les microzoaires, les virus, les ferments, etc. 1 vol. in-8, de 200 pages. Ouvrage orné de 6 photographies. Paris, 1865........................... 5 fr.

DECORI. **Relation de l'épidémie de choléra de 1865**, à l'hôpital Saint-Antoine. In-8 de 91 pages. Paris, 1866..................... 2 fr.

DEHOUX. **Du mouvement organique et de la synthèse animale.** Paris, 1864. In-8 de 132 pages....................... 2 fr. 50.

DELEAU, médecin en chef à la Roquette. **Traité pratique sur les applications du perchlorure de fer en médecine.** Paris, 1860. 1 vol. in-8 de 272 pages................................... 4 fr.

DELERY. **Précis historique de la fièvre jaune**, épidémie de 1849. 1 vol. in-8 de 160 pages. 1859...... .... 2 fr. 50

DELSOL. **Du mal perforant du pied.** In-18 de 67 pages. Paris, 1864.. 1 fr. 50

DELZENNE. **Des doctrines et des connaissances nouvelles en syphiliographie.** In-8 de 84 pages, 1867..................... 2 fr.

DEPAUL, professeur de clinique d'accouchements à la Faculté de médecine de Paris, membre de l'Académie impériale de médecine. **Nouvelles recher-**

ches sur la véritable origine du virus vaccin. In-8 de 47 pages. Paris, 1864.. 1 fr. 25

DEPAUL. **De l'origine réelle du virus vaccin.** Réponse aux objections qui ont été faites à mes nouvelles recherches sur la véritable origine du virus vaccin. Paris, 1864. In-8 de 43 pages.................... 1 fr. 25

DEPAUL. **De l'opération césarienne.** Paris, 1861. In-8 de 50 pages... 1 fr. 50

DEPAUL. **La syphilis vaccinale** devant l'Académie impériale de médecine. In-8 de 86 pages. Paris, 1865........................... 2 fr.

DEPAUL. **De l'oblitération complète du col de l'utérus chez la femme enceinte,** et de l'opération qu'elle réclame. In-8 de 47 pages. Paris, 1860.. 1 fr. 25

DESLÉONET. **Théorie générale des instruments à vent,** thèse présentée au concours pour l'agrégation (section des sciences physiques). In-8 de 80 pages. Paris, 1863.......................... 1 fr. 50

DESMARRES. **Mémoire** sur une nouvelle méthode d'employer le nitrate d'argent dans quelques ophthalmies. In-8, 1842.............. 1 fr. 50

DESNOS, médecin du bureau central des hôpitaux de Paris, etc. **De l'état fébrile.** In-8 de 112 pages. Paris, 1866...................... 2 fr.

DESPONTS. **Traitement de l'héméralopie par l'huile de foie de morue à l'intérieur.** In-8 de 63 pages. Paris, 1863.......... 1 fr. 50

DESPRÉS (A.), professeur agrégé de la Faculté de médecine de Paris, chirurgien des hôpitaux, etc. **Des tumeurs des muscles.** In-8 de 142 p., 1866.. 3 fr. 50

DESPRÉS (A.). **Traité de l'érysipèle.** 1 vol. in-8 de 224 pages. Paris, 1862.. 3 fr. 50

DESPRÉS (A.). **De la hernie crurale.** In-8 de 138 pages. Paris, 1863. 3 fr.

DESPRÉS (A.). **Essai sur le diagnostic des tumeurs du testicule.** In-4 de 83 pages. Paris, 1861................................ 2 fr.

DESPRÉS (A.). **Traité du diagnostic des maladies chirurgicales** (Diagnostic des tumeurs). 1 vol. in-8, 1868. (*Sous presse.*)

DEVALZ, médecin consultant aux Eaux-Bonnes. **De l'action des Eaux-Bonnes dans le traitement des affections de la gorge et de la poitrine.** In-8 de 167 pages. Paris, 1865................ 2 fr. 50

DIDAY (de Lyon). **Sur un procédé de vaccination préservatrice de la syphilis constitutionnelle.** In-8°, 1849................ 1 fr. 50.

DIDIOT. **Relation médico-chirurgicale de l'expédition de Cochinchine** en 1861-1862. Grand in-8 de 92 pages, 1865............ 2 fr.

DODEUIL. **Recherches sur l'altération sénile de la prostate et sur les valvules du col de la vessie.** In-8 de 108 p., Paris, 1866.. 2 fr. 50

DOLBEAU, professeur agrégé de la Faculté de médecine de Paris, chirurgien des hôpitaux, etc. **Traité pratique de la pierre dans la vessie.** 1 vol. in-8 de 424 pages, avec 14 figures dans le texte. Paris. 1864..... 7 fr.

DOLBEAU. **De l'emphysème traumatique.** 1860. In-8......... 2 fr.

DOLBEAU. **De l'épispadias,** ou fissure uréthrale supérieure et de son trai-

tement. Paris, 1861. In-4 de 35 pages et 44 planches représentant douze sujets.. 5 fr.

DOYÈRE. **Recherches sur l'alucite des céréales, l'étendue de ses ravages et les moyens de les faire cesser,** suivies de quelques résultats relatifs à l'ensilage des grains. 1 vol. in-4 avec figures et planches, 1853.. 3 fr. 50

DOYÈRE. **Mémoire** sur la respiration et la chaleur humaine dans le choléra. Grand in-8, 1863.. 3 fr.

DRASCH. **Maladies du foie et de la rate,** d'après les observations faites dans les pays riverains du bas Danube. 1860. In-8 de 62 pages... 1 fr. 50

DUBLANCHET. **Étude clinique sur les plaies du globe oculaire.** Grand in-8 de 124 pages. Paris, 1866.. 3 fr.

DUBREUIL. **Des indications que présentent les luxations de l'astragale.** Mémoire in-4 de 41 pages et 1 planche, 1864.............. 2 fr.

DUBREUIL. **De l'iridectomie.** In-8 de 89 pages. 1866............ 2 fr.

DUBUC (Alfred). **Des syphilides malignes précoces.** 1 vol. in-8 de 154 pages. Paris, 1864.. 3 fr.

DUFOUR. **Étude sur le ramollissement du cerveau.** In-4° de 95 pages. 1866.. 1 fr. 50

DUGUET. **De la hernie diaphragmatique congénitale.** In-8 de 100 pages, avec 2 planches. 1866.. 3 fr.

DUMONT (de Monteux), ancien médecin de la maison centrale du mont Saint-Michel, etc. **Testament médical philosophique et littéraire,** ouvrage destiné non-seulement aux médecins et aux hommes de lettres, mais encore à toutes les personnes éclairées qui souffrent d'une manière occulte, publié par une commission composée de : MM. Davaine, président ; docteurs Blatin, Bourguignon, Cabanellas, Cerise, Foissac, Godin, avocat, baron Larrey, docteur Amédée Latour et docteur Moreau (de Tours). 1 beau vol. in-8 de 636 pages. Paris, 1865.. 8 fr.

DUMOULIN, médecin-inspecteur des eaux de Salins, etc. **De l'action reconstituante des eaux de Salins.** In-8 de 148 pages. Paris, 1865. 2 fr. 50

DUMOULIN. **Des conditions pathogéniques de la phthisie au point de vue de son traitement** par les eaux minérales. In-8 de 40 pages. Paris, 1865.. 1 fr.

DUPASQUIER. **Le médecin, ou traité de l'organisation et de la conservation de l'homme,** résumant d'une manière complète et succincte l'anatomie, la physiologie, l'hygiène, la pathologie et la thérapeutique. 1 vol. in-12. 1866.. 3 fr.

DUPUY (Paul). **Essai critique et théorique de philosophie médicale.** Paris, 1864. In-8 de 414 pages.. 6 fr.

DUPUY (Paul). **Transformation des forces,** chaleur et mouvement musculaire, unité des phénomènes naturels. In-8 de 70 pages, 1867... 2 fr.

DURIAU, ancien chef de clinique de la Faculté de médecine de Paris. **Hygiène des bains de mer,** précédée de considérations sur les bains en général. In-8 de 40 pages. Paris, 1865.. 1 fr. 25

DURIAU. **Parallèle du typhus et de la fièvre typhoïde.** 1855. In-8 de 55 pages.. 1 fr. 25

DURIAU. **Étude clinique sur l'apoplexie de la moelle épinière et sur les paralysies des extrémités inférieures.** 1859. Grand in-8 de 24 pages.. 75 c.

DURIAU. **Étude clinique et médico-légale** sur l'empoisonnement par la strychnine. In-8 de 19 pages. Paris, 1862.................... 50 c.

DURIAU et Maximin LEGRAND. **De la péliose rhumatismale,** ou Érythème noueux rhumatismal. 1858. In-8.................... 50 c.

ESPIAU DE LAMAESTRE. **De l'organisation du service médical et pharmaceutique** dans les Sociétés de prévoyance et de secours mutuels. Projet de statistique médicale. In-8 de 79 pages. Paris, 1861...... 1 fr.

ESSARCO. **Faits et raisonnements établissant la véritable théorie des mouvements et des bruits du cœur.** In-4 de 66 pages. Paris, 1864.. 2 fr.

ESTRADÈRE. **Du massage : son historique, ses manipulations, ses effets** physiologiques et thérapeutiques. 1 vol. grand in-8 de 168 pages. Paris, 1863.. 3 fr. 50

EVANS. **La Commission sanitaire des États-Unis,** son origine, son organisation et ses résultats, avec une notice sur les hôpitaux militaires aux États-Unis, et sur la réforme sanitaire dans les armées européennes. 1 vol. grand in-8, 1865.. 3 fr.

FABRE, professeur suppléant à l'École de médecine de Marseille, etc. **La chlorose.** Leçons recueillies par M. Suzini, etc. In-8 de 91 pages, 1867.. 2 fr.

FABRE. **Des moyens de progrès en thérapeutique.** Paris, 1861. Grand in-8 de 306 pages.................... 3 fr. 50

FAJOLE (de), médecin de l'Hôtel-Dieu de Saint-Geniez, etc. **La santé des femmes,** manuel d'hygiène et de médecine domestique, spécialement écrit pour les mères de famille et les personnes qui s'occupent de l'éducation des jeunes filles. 1 vol. in-12 de 426 pages. Paris, 1864....... 3 fr. 50

FANO, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, etc. **Traité pratique des maladies des yeux,** contenant des résumés d'anatomie des divers organes de l'appareil de la vision. Illustré d'un grand nombre de figures intercalées dans le texte et de 20 dessins en chromolithographie. Paris, 1866. 2 vol. in-8.. 17 fr.

FANO. **Des lunettes** et de leur emploi en oculistique. In-8 de 89 pages avec 16 figures intercalées dans le texte. 1867.................... 2 fr.

FANO. **Traité élémentaire de chirurgie.** 2 vol. in-8 avec figures dans le texte. (*Sous presse.*)

FAURE. **Considérations pratiques sur l'anesthésie obstétricale.** In-8 de 62 pages. Paris, 1866.................... 1 fr. 50

FAUVEL (Ch.), ancien interne des hôpitaux de Paris. **Traité des maladies du larynx et des régions circonvoisines visibles au laryngoscope.** 1 vol. in-8, avec figures dans le texte et planches coloriées. (*Sous presse.*)

FERDUT. **De l'avortement au point de vue médical, obstétrical, médico-légal et théologique.** In-8 de 110 pages. Paris, 1865. 2 fr.

FERRY DE LA BELLONE (de). **Etude médico-légale sur la commotion du cerveau.** In-4 de 91 pages. Paris, 1864 .... 2 fr.

FISCHER. **Des soins consécutifs à la trachéotomie.** Paris, 1863. In-8 de 40 pages .... 1 fr. 25

FISCHER. **De l'exophthalmos cachectique.** 1859. In-8 de 48 p. 1 fr. 25

FISCHER. **Du diabète consécutif aux traumatismes.** In-8 de 48 pag. Paris, 1862 .... 1 fr. 50

FISCHER et BRICHETEAU. **Traitement du croup,** ou angine laryngée diphthéritique. 2e édition, revue et augmentée. In-8 de 120 pages. Paris, 1863 .... 2 fr. 50

FLAVARD. **Considérations sur le traitement des rétrécissements organiques de l'urèthre.** In-4 de 68 pages. 1866 .... 1 fr. 50

FOLLIN, professeur agrégé, chargé du cours de clinique des maladies des yeux à la Faculté de médecine de Paris, chirurgien de l'hôpital du Midi, etc. **Leçons sur les principales méthodes de l'exploration de l'œil malade,** et en particulier sur l'application de l'ophthalmoscope au diagnostic des maladies des yeux, rédigées et publiées par LOUIS THOMAS, interne des hôpitaux, revues et approuvées par le professeur. Paris, 1863. 1 vol. in-8 de 300 pages avec 70 figures dans le texte, et 2 planches en chromolithographie, dessinées par Lackerbauer .... 7 fr.

FONT-RÉAULX (de). **Localisation de la faculté spéciale du langage articulé.** In-4 de 106 pages. Paris, 1866 .... 2 fr. 50

FORGET, professeur à la Faculté de médecine de Strasbourg, etc. **Mémoire sur la chorionitis,** ou la sclérostinose cutanée. In-8 de 22 pages. Paris, 1847 .... 1 fr.

FORGET. **Journée de l'étudiant.** In-8 de 20 pages. Strasbourg, 1852. 75 c.

FORGET. **Examen de l'aphorisme :** *Naturam morborum ostendunt curationes.* In-8 de 24 pages. Paris, 1863 .... 50 c.

FORGET. **Fragment d'histoire contemporaine.** In-8 de 16 pages. Strasbourg, 1863 .... 50 c.

FORGET. **De la péritonite** par perforation de l'appendice iléo-cæcal. Strasbourg, 1853. In-8 de 15 pages .... 50 c.

FORGET. **Recherches cliniques sur l'emploi de la teinture de fleur de colchique** dans le rhumatisme articulaire simple ou goutteux et les névralgies. Paris, 1864. In-8 de 23 pages .... 50 c.

FORGET. **Aperçu clinique sur la phthisie calculeuse primitive (non tuberculeuse).** Paris, 1854. In-8 de 12 pages........... .... 50 c.

FORGET. **Examen de l'aphorisme :** *Sublata causa tollitur effectus.* Paris, 1854. In-8 de 31 pages .... 75 c.

FORGET. **De l'utilité des observations météorologiques.** Paris, 1854. In-8 de 19 pages .... 50 c.

FORGET. **De la statistique appliquée à la thérapeutique.** Strasbourg, 1854. In-8 de 28 pages.... .... 50 c.

FORGET. **De la philosophie médicale devant l'Académie.** Strasbourg, 1855. In-8 de 20 pages.................................... 50 c.

FORGET. **Etudes cliniques sur les erreurs en médecine.** Paris, 1859. In-8 de 38 pages... 1 fr. 50

FORGET. **Etudes cliniques sur les scrofules.** Strasbourg, 1859. In-8 de 23 pages.. 50 c.

FORGET. **L'inflammation de la saignée.** Strasbourg, 1860. In-8 de 20 pages.. 75 c.

FORGET. **Du traitement de l'ophthalmie,** notamment par l'occlusion des paupières. Paris. In-8 de 31 pages.......................... 75 c.

FORGET. **Recherches historiques et cliniques sur l'état du sang dans l'entérite folliculeuse** (fièvre typhoïde). Paris. In-8 de 28 p. 50 c.

FORT, docteur en médecine, ancien interne des hôpitaux de Paris, etc. **Traité élémentaire d'histologie.** Paris, 1863. In-8 de 336 pages... 5 fr. 50

FORT. **Anatomie descriptive et dissection,** contenant un précis d'embryologie avec structure microscopique des organes et celle des tissus. 2e édition très-augmentée. 2 vol. in-12 avec plus de 600 figures intercalées dans le texte. Paris, 1868. (*Sous presse.*)

FORT. **Anatomie et physiologie du poumon,** considéré comme organe de sécrétion. In-8 de 106 pages avec 40 figures intercalées dans le texte. 1867.. 2 fr. 50

FOUCHER, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, chirurgien des hôpitaux, etc. **Traité du diagnostic des maladies chirurgicales.** Paris, 1866. In-8 de 404 pages avec figures intercalées dans le texte.. 6 fr.

2e partie. Paris, 1868. 1 vol. in-8 avec figures dans le texte. (*Sous presse.*)

FOUCHER. **Sur les corps étrangers introduits dans l'urèthre et dans la vessie.** In-8 de 20 pages avec figures............... 50 c.

FOURCY (Eugène de), ingénieur en chef du corps des mines. **Vade-mecum des herborisations parisiennes,** conduisant par la méthode dichotomique aux noms d'ordre, de genre et d'espèce de toutes les plantes spontanées ou cultivées en grand dans un rayon de 30 lieues autour de Paris. 2e édition. Paris, 1866. 1 vol. in-18 de 277 page............ 4 fr. 50

FOURNIÉ (Édouard), médecin adjoint des sourds-muets. **Physiologie de la voix et de la parole.** 1 vol. in-8 de 816 pages avec figures dans le texte. Paris, 1866.. 10 fr.

FOURNIÉ. **De la pénétration des corps pulvérulents gazeux, solides et liquides, dans les voies respiratoires,** au point de vue de l'hygiène et de la thérapeutique. In-8 de 75 pages. Paris, 1862..... 2 fr.

FOURNIÉ. **Etude pratique sur le laryngoscope et sur l'application des remèdes topiques dans les voies respiratoires.** In-8 de 106 pages avec figures dans le texte. Paris, 1863................ 2 fr. 50

FOURNIÉ. **Consultation médicale sur le choléra.** In-8. 1866.... 1 fr.

FOURNIER (Alfred), professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, médecin des hôpitaux. **De l'urémie.** In-8 de 148 pag. Paris, 1863. 2 fr. 50

FOURNIER. **Étude sur le chancre céphalique.** 1858. Broch. in-8. 1 fr. 25

FOURNIER. **De la paralysie labio-glosso-laryngée.** In-8..... 1 fr.

FOURNIER. **Note pour servir à l'histoire du rhumatisme uréthral.** In-8.. 1 fr.

FOURNIER. **De la syphilide gommeuse du voile du palais.** In-8°, 30 pages, 1868..................................... 1 fr.

FOVILLE (A.). **Déformation du crâne résultant de la méthode la plus générale de couvrir la tête des enfants.** Paris, 1834. 1 vol. in-8 avec 12 gravures.................................. 2 fr.

FRARIER. **Étude sur le phlegmon des ligaments larges.** In-8 de 104 pages. 1866.. 2 fr. 50

FREDET. **De l'emploi du chloroforme dans les accouchements simples, dans les opérations obstétricales, et dans l'éclampsie des femmes en couches.** In-8 de 146 pages. 1867......... 2 fr. 50

FRITZ. **Étude clinique sur divers symptômes spéciaux observés dans la fièvre typhoïde.** 1 vol. in-8 de 186 pages. Paris, 1864...... 3 fr.

FUSTER (J.), professeur de clinique médicale à la Faculté de Montpellier, etc. **Monographie clinique de l'affection catarrhale.** 2e édition. Paris, 1865. 1 vol. in-8 de 616 pages.......................... 7 fr.

GARROD. **La Goutte,** sa nature, son traitement et **Le Rhumatisme goutteux,** ouvrage traduit par A. Ollivier, chef de clinique et sous-bibliothécaire à la Faculté de médecine de Paris, et annoté par J.-M. Charcot, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, médecin de l'hospice de la Salpêtrière, etc. 1867. 1 vol. in-8 de 710 pages, avec 26 figures intercalées dans le texte, et 8 planches coloriées................................ 12 fr.

Avec un joli cartonnage en toile.......................... 13 fr.

GAILLETON, médecin de l'Antiquaille de Lyon. **Traité des maladies de la peau.** 1 fort vol. in-8. Paris, 1868. (*Sous presse*)...............

GAULEJAC. **Du pansement des plaies par l'alcool.** In-8 de 80 pages. Paris, 1864.. 2 fr.

GAUNEAU, médecin du bureau de bienfaisance du Ve arrondissement. **Éducation physique et morale des nouveau-nés,** et de la nécessité de l'allaitement pour la mère. Nouvelle édition. 1 vol. in-12. 1867.. 2 fr.

GAUTIER. **Des matières albuminoïdes.** In-8 de 88 pages. Paris, 1865.. 1 fr. 50

GAYRAUD. **Étude sur le prolapsus hypertrophique de la langue.** In-8 de 133 pages, avec une planche. Paris, 1866........... 3 fr. 50

GAYRAUD. **Des perfectionnements récents de la synthèse chirurgicale.** 1 vol. in-8 de 147 pages. Montpellier et Paris, 1866..... 3 fr. 50

GENDRIN. **Mémoire sur le diagnostic des anévrysmes des grosses artères.** In-8 de 70 pages.............................. 1 fr.

GENDRIN. **De l'influence des âges dans les maladies.** In-8 de 108 pages... 2 fr.

GERME. **Qu'est-ce que l'albuminurie?** ou de son analogie avec les sécré-

tions séreuses, séro-plastiques et les hémorrhagies qui se font soit à la surface, soit dans l'épaisseur. In-8 de 160 pages. Paris, 1864....... 3 fr.

GIMBERT. **Mémoire sur la structure et la texture des artères.** In-8 de 68 pages, avec 3 planches. Paris, 1866.................. 3 fr.

GINGEOT. **Essai sur l'emploi thérapeutique de l'alcool chez les enfants**, et en général sur le rôle de cet agent dans le traitement des maladies aiguës-fébriles. In-8 de 159 pages. 1867................ 2 fr. 50

GIRALDÈS, chirurgien de l'hôpital des Enfants, etc. **Leçons cliniques sur les maladies chirurgicales des enfants**, recueillies et publiées par MM. Bourneville et Bourgeois, revues par le professeur. 1er fascicule : **Des malformations congénitales.** 1 vol. in-8 avec 16 figures dans le texte. Paris, 1868.................................. 2 fr. 50

GODARD (E.). **Recherches sur les monorchides et les cryptorchides chez l'homme.** Paris, 1856. In-8.......................... 1 fr.

GOSSE. **Des taches au point de vue médico-légal.** In-8 de 96 pages avec 3 planches. 1863.................................. 3 fr.

GOSSELIN, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Paris, etc. **Leçons sur les hernies**, professées à la Faculté de médecine de Paris, recueillies et publiées par le docteur Léon Labbé, professeur agrégé, chirurgien du bureau central. 1 vol. in-8 de 500 pages, avec figures dans le texte. Paris, 1864.................................. 7 fr.

GOSSELIN. **Leçons sur les hémorrhoïdes.** 1 vol. in-8. Paris, 1866. 3 fr.

GOUBERT. **De la perceptivité normale et surtout anormale de l'œil pour les couleurs spécialement de l'achromatopsie, ou cécité des couleurs.** In-8 de 164 pages. 1867.................... 3 fr. 50

GOUGUENHEIM. **Des tumeurs anévrysmales des artères du cerveau.** In-8 de 124 pages. Paris, 1866........................ 2 fr. 50

GRAVES. **Leçons de clinique médicale**, précédées d'une introduction de M. le professeur Trousseau, ouvrage traduit et annoté par le docteur Jaccoud, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, médecin des hôpitaux. Deuxième édition, revue et corrigée. Paris, 1863. 2 forts vol. in-8. 20 fr.

Nous extrayons de la préface de M. le professeur Trousseau les lignes suivantes :

« Depuis bien des années, je parle de Graves dans mes leçons cliniques ; j'en recommande la lecture, je prie les élèves qui savent l'anglais de considérer cet ouvrage comme leur bréviaire ; je dis et je répète que, de toutes les œuvres pratiques publiées dans notre siècle, je n'en connais pas de plus utile, de plus intelligente, et j'ai toujours regretté que les leçons cliniques du grand praticien de Dublin n'eussent pas été traduites dans notre langue.

« Professeur de clinique de la Faculté de médecine de Paris, j'ai sans cesse lu et relu l'œuvre de Graves ; je m'en suis inspiré dans mon enseignement ; j'ai essayé de l'imiter dans le livre que j'ai publié moi-même sur la clinique de l'Hôtel-Dieu ; et encore aujourd'hui, bien que je sache presque par cœur tout ce qu'a écrit le professeur de Dublin, je ne puis m'empêcher de relire constamment un livre qui ne quitte jamais mon bureau.

GRESSER. **De la curabilité constante de la suette dite miliaire, ainsi que des affections qu'elle complique.** 1 vol. in-8. 1867... 3 fr. 50

GRIESINGER, professeur de clinique médicale et de médecine mentale à l'Université de Berlin. **Des maladies mentales et de leur traitement.** Ouvrage traduit de l'allemand sous les yeux de l'auteur par le docteur Doumic, ouvrage précédé d'une classification des maladies mentales et suivi

d'un travail sur la paralysie générale, accompagné de notes par M. le docteur Baillarger, médecin de la Salpêtrière, membre de l'Académie de médecine. 1 vol. in-8. Paris, 1868 .... 9 fr.

GROS (Léon) et LANCEREAUX. **Des affections nerveuses syphilitiques.** Paris, 1861. 1 vol. in-8 .... 7 fr.

Ouvrage couronné par l'Académie impériale de médecine.

GUBLER, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, médecin de l'hôpital Beaujon, etc. **Des épistaxis utérines simulant les règles** au début des pyrexies et des phlegmasies. Paris, 1863. In-8 de 49 p. 1 fr. 50

GUBLER. **De la paralysie amyotrophique consécutive aux maladies aiguës.** Paris, 1861. In-8 de 56 pages .... 1 fr. 50

GUENEAU DE MUSSY (Noël), médecin de l'hôpital de la Pitié, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, etc. **Causes et traitement de la tuberculisation pulmonaire**; leçons professées à l'Hôtel-Dieu en 1859, recueillies et publiées par le docteur Wieland, ancien interne des hôpitaux de Paris, revues par le professeur. Paris, 1860. In-8 .... 3 fr.

GUENEAU DE MUSSY. **Deux leçons de pathologie générale.** Paris, 1863. In-8 de 38 pages .... 1 fr.

GUÉNIOT, chirurgien du bureau central des Hôpitaux de Paris. **Des vomissements incoercibles pendant la grossesse.** In-8 de 127 pages. 1863 .... 2 fr. 50

GUÉNIOT. **Parallèle entre la céphalotripsie et l'opération césarienne.** In-8 de 84 pages. 1866 .... 2 fr.

GUÉNIOT. **Des grossesses compliquées et de leur traitement.** In-8. 1866 .... 1 fr. 25

GUÉNIOT. **De la délivrance dans l'avortement.** In-8 de 44 pages. 1867 .... 1 fr. 25

GUÉPIN. **Des kystes de l'iris.** In-4 de 40 pages et 2 figures. Paris, 1860 .... 1 fr. 50

GUÉRIN (Alphonse), chirurgien de l'hôpital Saint-Louis, etc. **Leçons cliniques sur les maladies des organes génitaux externes de la femme.** Leçons professées à l'hôpital de Lourcine. 1 vol. in-8 de 530 pages. Paris, 1864 .... 7 fr.

GUIBERT. **Histoire naturelle et médicale des nouveaux médicaments introduits dans la thérapeutique depuis 1830 jusqu'à nos jours.** 2e édition, revue et augmentée. 1 vol. in-8 de 700 pages. Bruxelles, 1865 .... 10 fr.

GUILBERT (Alphonse). **De la phthisie pulmonaire** dans ses rapports avec l'altitude et avec les races au Pérou et en Bolivie ; du soroche ou mal des montagnes. Grand in-8 de 80 pages. Paris, 1862 .... 2 fr. 50

GUYOMAR. **Recherches physiologiques et philosophiques** sur le magnétisme, le somnambulisme et le spiritisme. In-8 de 40 p. Paris, 1865. 1 fr. 50

GUYON (F.), professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, chirurgien des hôpitaux, etc. **Des vices de conformation de l'urèthre chez l'homme, des moyens d'y remédier.** 1 vol. grand in-8 de 174 pages, orné de 4 planches. Paris, 1863 .... 3 fr. 50

GUYON (F.). **Des tumeurs fibreuses de l'utérus.** 1860. In-8 de 139 pages et 1 planche.................................... 2 fr. 50

HALLÉ. **Des phlegmons périnéphrétiques.** 1 vol. in-8 de 152 pages. Paris, 1863.................................... 2 fr. 50

HARDY, professeur, chargé du cours de clinique des maladies de la peau à la Faculté de médecine de Paris, médecin de l'hôpital Saint-Louis, etc. **Leçons sur les maladies de la peau**, rédigées et publiées par MM. les docteurs Moysant, Garnier et Lefeuvre. 3 vol. in-8 réunis en 1 vol. cartonné à l'anglaise. Paris, 1864-1868........................ 12 fr. 50

On vend séparément :

HARDY. **Leçons sur la scrofule et les scrofulides, sur la syphilis et les syphilides**, rédigées et publiées par le docteur Jules Lefeuvre, revues par le professeur. 1 vol. in-8. Paris, 1864.............. 4 fr.

HARDY Charles). **Mémoire sur les abcès blennorrhagiques.** Paris, 1864. In-8 de 52 pages et 3 planches...................... 2 fr.

HEBRA, professeur de dermatologie à l'Université de Vienne, etc. **Sur l'action des révulsifs.** 1867. In-8 de 17 pages................ 75 c.

HEBRA. **Apparat pour l'usage des bains chauds continuels**, pour la guérison des maladies de peau et particulièrement des brûlures. In-8 de 7 pages. 1867.................................... 50 c.

HENNEQUIN. **Du fongus bénin du testicule et de ses rapports avec la hernie du même organe.** In-8 de 66 pages. Paris, 1865.... 2 fr.

HENROT. **Des pseudo-étranglements que l'on peut rapporter à la paralysie de l'intestin.** In-8 de 115 pages. Paris, 1865.... 2 fr. 50

HICGUET. **De la méthode substitutive, ou de la cautérisation appliquée au traitement de l'uréthrite aiguë et chronique.** Paris, 1862. 1 vol. in-8.................................... 3 fr. 50

Histoire d'un atome de carbone depuis l'origine des temps jusqu'à ce jour. 1 vol. in-12 de 102 pages. Paris, 1864............... 1 fr. 25

HORION. **Des rétentions d'urine**, ou **Pathologie spéciale des organes urinaires** au point de vue de la rétention. Paris, 1863. 1 vol. in-8. 6 fr.

HOUDART (M.-S.). **Examen critique de la vie d'Hippocrate.** Paris, 1851. 1 vol. in-8.................................... 1 fr. 50

IMBERT-GOURBEYRE, professeur de matière médicale à l'École de médecine de Clermont-Ferrand, etc. **Etude sur quelques symptômes de l'arsenic et les eaux minérales arsénifères** (pour servir en outre de démonstration aux doses infinitésimales). Grand in-8 de 108 p. Paris, 1863. 2 fr.

IZARD. **Choléra, prophylaxie, symptômes**; traitement mis à la portée de tout le monde. In-12. Paris, 1865.......................... 50 c.

JACCOUD, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, médecin de l'hospice Saint-Antoine. etc. **Etude de pathogénie et de séméiotique, les paraplégies et l'ataxie du mouvement**, etc. 1 fort vol. in-8. Paris, 1864.................................... 9 fr.

JACCOUD. **De l'organisation des Facultés de médecine en Allemagne.** Rapport présenté à son Excellence le ministre de l'instruction publique le 6 octobre 1863. 1 vol. in-8 de 175 pages. Paris, 1864..... 3 fr. 50

JACCOUD. **Leçons de clinique médicale**, faites à l'hôpital de la Charité 1 fort vol. in-8 de 878 pages, avec 29 figures et 11 planches en chromo lithographie. 1867 .... 15 fr
Avec un joli cartonnage en toile .... 16 fr.

JACQUEMET. **De l'influence des découvertes les plus modernes dans les sciences physiques et chimiques sur les progrès de la chirurgie**. In-8 de 221 pages. 1866 .... 3 fr.

JAMAIN (M.-A.). **Des plaies du cœur**. In-8. Paris, 1857 .... 2 fr.

JARJAVAY, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Paris. **Clinique chirurgicale**, ou recueil de mémoires sur la chirurgie. Paris, 1868. (*Sous presse.*)

JARJAVAY. **Recherches anatomiques sur l'urèthre de l'homme**. 1 vol. in-4 avec 7 planches lithographiées. 1856 .... 8 fr.

JAUMES. **Du glaucome**. 1 vol. in-8 de 264 pages. Montpellier et Paris, 1865 .... 4 fr.

JAUMES. **Pathologie et thérapeutique de l'affection calculeuse, considérées dans leurs rapports avec les différents âges de la vie**. 1 vol. in-8 de 148 pages. Montpellier et Paris, 1866 .. 3 fr. 50

JOBERT. **Entretien sur le mal de mer**, et de l'appréciation des divers moyens de traitement proposés contre cette affection. Brochure in-18 de 22 pages. Paris, 1862 .... 50 c.

JODIN. **De la nature et du traitement du croup et des angines couenneuses**, étude clinique et microscopique, etc. Paris, 1859. In-8 de 39 pages .... 1 fr. 25

JOLICLÈRE. **De l'adénite syphilitique, du diagnostic et du traitement**. Brochure in-18, avec 1 planche coloriée. Paris, 1862... 1 fr. 50

JONES (W. H.). **Quelques considérations pratiques sur les cas de rétrécissement du bassin**, observés à la Clinique d'accouchements de Paris en 1857, 1858 et 1859. Paris, 1864. Gr. in-8 de 68 pages. 1 fr. 50

JORDAO. **Considérations sur un cas de diabète**. 1857. In-4 de 86 pages et 2 planches .... 1 fr. 50

JOULIN. **Étude bibliographique sur les maladies des femmes**. In-8. 1861 .... 50 c.

JOULIN. **Syphiliographes et syphilis**. MM. Langlebert, Cullerier et Rollet. In-8. 1862 .... 50 c.

JOURDANET. **Du Mexique au point de vue de son influence sur la vie de l'homme**. 1 vol. in-8 de 400 pages. Paris, 1861 .... 4 fr.

JULLIARD. **Des ulcérations de la bouche et du pharynx dans la phthisie pulmonaire**. In-8 de 76 pages avec 2 planches. Paris, 1865. 3 fr.

KUBORN, professeur d'hygiène industrielle et professionnelle à l'école industrielle de Seraing, etc. **Étude sur les maladies particulières aux ouvriers mineurs employés aux exploitations houillères en Belgique**. Paris, 1863. 1 vol. grand in-8 de 300 pages .... 6 fr.

LABALBARY. **Des kystes de l'ovaire, ou de l'hydrovarie et de l'ovariotomie**, d'après la méthode anglaise du docteur Baker Brown, chirurgien en chef de London Surgical Home, etc. In-8 de 82 p. Paris, 1862... 2 fr.

LABBÉ (Léon), professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, chirurgien des hôpitaux, etc. **De la coxalgie**. In-8 de 140 p. avec 3 planches. Paris, 1863 .... 2 fr. 50

LABORDE, ancien interne des hôpitaux de Paris, lauréat de la Faculté. **De la paralysie** (dite essentielle) **de l'enfance**, des déformations qui en sont la suite et des moyens d'y remédier. 1 vol. in-8 de 276 pages, accompagné de 2 planches dont une coloriée. Paris, 1864 .... 5 fr.

LABORDE. **Le ramollissement et la congestion du cerveau principalement considérés chez le vieillard**. Étude clinique et pathogénique. 1 vol. in-8 de 420 pages, avec planche coloriée contenant 6 figures. Paris, 1866 .... 6 fr.

LABORDETTE (de), chirurgien de l'hôpital civil de Lisieux. **Note sur le spéculum laryngien**. In-8 de 24 pages. Paris, 1866......... 75 c.

LACROUSILLE (de). **De la péricardite hémorrhagique**. 1 vol. in-8 de 196 pages. Paris, 1865. .... 3 fr. 50

LADEVÈZE. **Quelques considérations sur la gangrène glycosémique**. In-8 de 94 pages. Paris, 1867.............................. 2 fr.

LALLEMENT (P.). **De l'élément nerveux du croup**. In-4 de 104 pages. Paris, 1864...................... .... 2 fr. 50

LAMBIN. **Réparation historique**. Hommage à la chirurgie militaire. Percy, chirurgien en chef de la grande armée. In-8. 1867............. 25 c.

LANCEREAUX. **De la thrombose et de l'embolie cérébrale** considérées principalement dans leurs rapports avec le ramollissement du cerveau. Mémoire in-4 de 138 pages et tableaux Paris, 1862........... 3 fr. 50

LANCEREAUX. **Des hémorrhagies méningées** considérées principalement dans leurs rapports avec les membranes de la dure-mère crânienne. In-8 de 74 pages. Paris, 1862.................. .... 2 fr.

LANCEREAUX. **Mémoire d'anatomie pathologique** sur les questions suivantes : 1° l'endocardite ulcéreuse ; 2° l'infection par produits septiques internes ; 3° l'altération des nerfs et des muscles dans la paralysie saturnine. Grand in-8 de 84 pages. Paris, 1863. .... 2 fr. 50

LANCEREAUX. **Rapport** à la Société anatomique sur un cas d'embolie pulmonaire suivi de mort subite. — **Des cicatrices du foie dans le diagnostic anatomique de la syphilis viscérale**. Paris, 1862. In-8 de 72 pages... 1 fr.

LANCEREAUX. **Étude sur la dégénérescence graisseuse des éléments** actifs du foie, des reins et des muscles de la vie animale, dans l'empoisonnement par le phosphore. Paris, 1863. In-8 de 16 pages..... 75 c.

LANCEREAUX. **De l'amaurose liée à la dégénérescence des nerfs optiques** dans le cas d'altération des hémisphères cérébraux. In-8 de 42 pages. Paris, 1864.................................. 1 fr. 25

LANCEREAUX. **Traité élémentaire d'anatomie et physiologie pathologique**. 1 vol. in-8 avec figures intercalées dans le texte. (*Sous presse.*)

LANDRIN. **Étude sur la vaccine et la vaccination.** In-8 de 91 pages. 1867 .... 2 fr.

LANGLEBERT (Edm.). **Nouvelle doctrine syphilographique. — Du chancre produit par la contagion des accidents secondaires de la syphilis,** suivi d'une nouvelle étude sur les moyens préservatifs des maladies vénériennes. 2e édition, revue et augmentée du rapport de M. CULLERIER à la Société de chirurgie. In-8. Paris, 1862 .... 2 fr. 50

LANGLEBERT. **Unicisme et dualisme chancreux.** In-8 de 32 pages. Paris, 1864 .... 75 c.

LANGLEBERT. **Aphorismes sur les maladies vénériennes,** suivi d'un formulaire spécial. 1 joli vol. in-32. Paris, 1868 .... 2 fr.

LARREY (baron H.). **Compte rendu du service de clinique chirurgicale pendant l'année 1856,** publié par le docteur GAUJOT. Strasbourg, 1860. In-8 .... 2 fr.

LARROQUE (baron de), médecin par quartier de l'Empereur, etc. **Hydrologie médicale.** Salis de Béarn et ses eaux chlorurées sodiques (bromo-iodurées). Paris, 1864. Grand in-8 de 76 pages .... 2 fr. 50

LARROQUE. **Étude théorique et clinique des eaux minérales** (chloro-bromo-iodurées) **de Salis de Béarn,** précédée de documents historiques, topographiques, géologiques et chimiques. In-8 de 144 pages. Paris, 1865 .... 3 fr.

LARROQUE. **Lettre médicale sur l'absorption plantaire et les bains entiers aux eaux de Salis de Béarn,** considérées comme complément de la cure des Eaux-Bonnes, et de quelques affections de poitrine en particulier. In-8 de 28 pages. 1867 .... 1 fr.

LASKOWSKI **Étude sur l'hydropisie enkystée de l'ovaire et son traitement chirurgical.** In-8 de 111 pages. 1867 .... 2 fr. 50

LAUGIER, professeur de la Faculté de médecine de Paris, etc. **Des varices et de leur traitement.** In-8 de 119 pages. Paris, 1842 .... 1 fr. 50

LAUSSEL. **Des douleurs de l'accouchement et de leur suppression par les anesthésiques.** In-4 de 85 pages .... 1 fr. 50

LEBON. **De la mort apparente et des inhumations prématurées.** 2e édition, précédée d'une introduction par le professeur Piorry. 1 vol. in-12. 1866 .... 3 fr.

LEDENTU, prosecteur à la Faculté de médecine de Paris. **Anatomie et physiologie des veines des membres inférieurs.** In-8 avec 1 planche. Paris, 1868 .... 2 fr. 50

LEFEUVRE. **Études physiologiques et pathologiques sur les infarctus viscéraux.** In-8 de 130 pages et 1 planche. 1867 .... 2 fr. 50

LE FORT, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, chirurgien des hôpitaux, etc. **Des vices de conformation de l'utérus et du vagin.** 1 vol. in-8 de 107 pages, avec 1 planche. Paris, 1863 .... 3 fr. 50

LEFORT (C.), disciple d'Auguste Comte. **La méthode de la science moderne est-elle réellement positive et définitive?** Introduction à la construction du dogme positiviste par la découverte de l'origine organique de l'intelligence. In-8 de 92 pages. Paris, 1864 .... 2 fr.

LEFORT (C.). **Découverte de l'origine organique de l'intelligence et** constitution par cette découverte d'un nouveau dogme scientifique. 2e fascicule. In-8 de 100 pages. Paris, 1864 .... 2 fr.

LEGROUX, médecin de l'Hôtel-Dieu, etc. **Des polypes artériels.** (Concrétions sanguines.) Paris, 1860. In-8 .... 1 fr. 50

LEGROUX. **Des polypes veineux**, ou de la coagulation du sang dans les veines, et des oblitérations spontanées dans ces vaisseaux. Paris, 1860. In-8 .... 1 fr.

LEGROUX (A.). **Essai sur la digitale et son mode d'action.** In-8 de 84 pages. 1867 .... 2 fr.

LELION. **Etude physiologique et thérapeutique de la digitale.** In-8 de 115 pages. 1867 .... 2 fr. 50

LEMATTRE. **Du mode d'action physiologique des alcaloïdes.** In-8 de 27 pages. Paris, 1865 .... 1 fr.

LEMAIRE (J.). **Du coaltar saponiné**, désinfectant énergique, arrêtant les fermentations; de ses applications à l'hygiène, à la thérapeutique et à l'histoire naturelle. Gr. in-8. Paris, 1860 .... 2 fr.

LEMPEREUR. **Des altérations que subit le fœtus après sa mort dans le sein maternel.** In-8 de 148 pages. 1867 .... 3 fr.

LESPÉS. **Études sur le tænia, ou de la non-solidarité du ver solitaire**, de ses effets sur l'organisme, et de son traitement. In-8. 1858 .... 75 c.

LESTAGE. **Dissertations sur quelques maladies.** In-8 de 54 pages. Paris, 1865 .... 1 fr. 25

LETENNEUR, professeur à l'École de médecine de Nantes. **De l'opération césarienne après la mort.** Nantes, 1861. In-8 de 59 pages... 1 fr. 50

LEVEN. **Parallèle entre l'idiotie et le crétinisme**. Paris, 1861. In-8 de 42 pages .... 1 fr. 25

LEVEN. **Nouvelles recherches sur la physiologie et la pathologie du cervelet**. In-8 de 26 pages. Paris, 1865 .... 1 fr. 25

LIÉGEOIS, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris. **Anatomie et physiologie des glandes vasculaires sanguines.** Paris, 1860. Gr. in-8 avec 2 planches .... 3 fr. 50

LIÉTARD. **Études cliniques sur les eaux de Plombières**. Paris, 1860. In-8 de 104 pages .... 3 fr.

LINÉ. **Études sur la narcéine et son emploi thérapeutique**. In-8 de 69 pages. Paris, 1865 .... 1 fr. 50

LOEWENHARD. **Quelques recherches sur l'atrophie musculaire progressive avec la dégénérescence graisseuse**. In-4 de 52 pages. 1867 .... 1 fr. 50

LOUVET. **De la périostite phlegmoneuse diffuse**. In-8 de 68 pages, 1867 .... 2 fr.

LUTZ, professeur à l'École de pharmacie, pharmacien en chef de l'hôpital Saint-Louis. **Du rôle de l'eau dans les phénomènes chimiques.** 1860. In-8 de 70 pages .... 2 fr.

MALGAIGNE. **Mémoire sur la détermination des diverses espèces de luxations de la rotule**, leurs signes et leur traitement. Paris. In-8 de 72 pages.. 2 fr.

MALGAIGNE. **Leçons d'orthopédie**, professées à la Faculté de médecine de Paris, recueillies par MM. Guyon et Panas, prosecteurs de la Faculté de médecine de Paris, revues et approuvées par le professeur. 1 vol. in-8 accompagné de 5 planches dessinées par M. Léveillé. Paris, 1862. 6 fr. 50

Cet ouvrage renferme les chapitres suivants : Déviation des doigts par paralysie. — Déviation des doigts par rétraction musculaire. — Déviation des doigts par brûlure. — Déviation du poignet. — Des roideurs articulaires du coude. — Traitement des roideurs articulaires de l'épaule. — Déviation des orteils par brides fibreuses, brûlures. — Pieds cambrés. — Du pied bot. — Roideur articulaire du pied. — Déviation des genoux. — Des genoux cagneux. — De l'ankylose complète des genoux. — Roideur articulaire simple des genoux. — Des luxations pathologiques des genoux. — Déviation de la hanche, suite de coxalgie. — Luxations congénitales de la hanche. — Déviation du cou et de la tête. — Torticolis. — Déviation de la taille, etc.

MALGAIGNE. **Études statistiques sur les luxations**. Paris, 1841. In-8 de 32 pages.. 1 fr.

MALGAIGNE. **Étude sur l'anatomie et la physiologie d'Homère**. Paris, 1842. In-8 de 30 pages.. 1 fr.

MALGAIGNE. **Recherches sur les fractures des cartilages intercostaux** et sur leur traitement. Paris, 1841. In-8 de 12 pages....... 50 c.

MALGAIGNE. **Mémoire sur la valeur réelle de l'orthopédie**, et spécialement sur la myotomie rachidienne dans le traitement des déviations latérales de l'épine. Paris, 1845. In-8 de 30 pages................ 1 fr.

MARCHAND. **Du croton tiglium**, recherches botaniques et thérapeutiques. Paris, 1861. In-4 de 94 pages et 2 planches................. 3 fr. 50

MARCOWITZ (A.). **Étude sur les différentes espèces d'épanchements pleurétiques et sur leur traitement médical et chirurgical**. In-4 de 103 pages. Paris, 1864.. 2 fr.

MAREY, professeur suppléant au Collége de France. **Physiologie médicale de la circulation du sang** : étude graphique des mouvements du cœur et du pouls artériel ; application aux maladies de l'appareil circulatoire. 1 vol. in-8, avec 235 figures intercalées dans le texte. Paris, 1863. 10 fr.

Ouvrage couronné par l'Académie des sciences.

MAREY. **Recherches sur la circulation du sang à l'état physiologique et dans les maladies**. In-4 de 119 pages. 1859...... 2 fr.

MARTIN (Ferdinand), chirurgien-orthopédiste des maisons d'éducation de la Légion d'honneur, etc., et COLLINEAU, docteur en médecine de la Faculté de médecine de Paris, etc. **Traité de la coxalgie, de sa nature et de son traitement**. 1 vol. in-8 de 500 pages, accompagné de planches. Paris, 1865.. 7 fr.

Ouvrage couronné par l'Académie des sciences.

MARTINEAU, docteur en médecine, ancien interne lauréat des hôpitaux de Paris (Médaille d'or). **Des endocardites**. 1 vol. in-8 de 160 pages et 1 planche. Paris, 1866.. 3 fr. 50

MARTIN-LAUZER, chef de clinique honoraire de la Faculté de médecine de Paris. **Les eaux de Luxeuil. Bibliographie**. In-8 de 160 pages. 1866.. 3 fr.

MASSE. **De la cicatrisation dans les différents tissus**. In-4 de 76 pages et 1 planche coloriée. Montpellier et Paris, 1866.......... 3 fr. 50

MASSE. **Des types de la circulation dans la série animale et aux divers âges de la vie embryonnaire**. In-4 de 98 p. 1866.... 2 fr.

MASSOL (A.) **Nouvelle méthode de traitement à suivre après l'opération de la cataracte**. In-8 de 16 pages. Paris, 1864....... 75 c.

MATTEI. **Des ruptures dans le travail de l'accouchement et de leur traitement**. Paris, 1860. In-8 de 92 pages................ 2 fr. 50

MATTEI. **Clinique obstétricale**, ou Recueil d'observations et statistiques. Paris, 1862 et 1866. 5 vol. in-8 .... 20 fr.

MAUGENEST. **Étude critique sur la nature et le traitement de l'éclampsie puerpérale**. In-8 de 102 pages. Paris, 1867...... 2 fr. 50

MÉNÉCIER. **Notice sur la rage**, avec un projet nouveau de police sanitaire sur la rage canine. In-8 de 59 pages. Paris, 1864....... 1 fr. 50

MÉNÉCIER. **Enquête générale sur la rage**. Rapport à M. le maire de Marseille, sur les cas de rage canine observés en 1866. In-8. 1865. 1 fr. 50

MÉNÉCIER. **Historique de l'épidémie de choléra à Marseille** (1865). In-8. 1866.. 2 fr.

MERCIER (Aug.). **Quelques idées sur l'origine et le traitement de la goutte, de la gravelle, de la pierre et d'autres maladies dépendant de la diathèse urique**. In-8 de 56 pages. 1866...... 1 fr. 50

MERCIER. **La fièvre jaune**, sa manière d'être à l'égard des étrangers à la Nouvelle-Orléans et dans les campagnes ; quelques mots sur son passé et son avenir en Europe. 1860. Brochure in-8.................. 75 c.

METTAIS. **Des associations et des corporations en France**. Nouvelle édition, augmentée d'un appendice sur les associations médicales, 1 vol. in-8 de 198 pages. Paris, 1863........................... 2 fr.

MEUGY. **Nouvelle thérapeutique herniaire. — Mémoire sur deux cas de hernies crurales**. In-8. 1866. .... 1 fr.

MILLET. **Étude statistique sur la maladie syphilitique, le chancre simple et la blennorrhagie**. 1 vol. in-8 de 76 pages. Paris, 1866. 2 fr.

MIRAMONT, médecin-inspecteur des bains d'Étretat, etc. **Étretat ; Vingt années d'expérience aux bains de mer. Guide médical et hygiénique aux bains de mer**. In-12. 1867.................... 1 fr.

MIREUR. **Essai sur l'hérédité de la syphilis**. Grand in-8 de 109 pages. 1867.. 2 fr.

MOILIN. **Leçons de médecine physiologique**. 1 vol. in-8 de 296 pages. Paris. 1866.. 3 fr. 50

MOILIN. **Médecine physiologique** ; Maladies des voies respiratoires, maladies des fosses nasales, de la gorge, du larynx et de la poitrine. 1 vol. in-8 de 307 pages. 1867.................................. 4 fr.

MOITESSIER, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Montpellier. **De l'urine**. Thèse de concours pour l'agrégation. 1856. In-4. ..... 2 fr.

MOITESSIER. **Études chimiques des eaux minérales de Lamalou** (Hérault). Montpellier, 1861. In-8 de 130 pages et 2 planches. 3 fr. 50

MONNERET. **Notes sur le choléra-morbus** observé à Constantinople en 1847 et 1848. In-8 de 16 pages. 1848 .... 25 c.

MONNERET. **Quelques mots sur l'état actuel de la médecine à Constantinople**. In-8 de 16 pages. 1849 .... 25 c.

MONNERET. **De l'ictère hémorrhagique essentiel**. In-8 de 39 pages. 1859 .... 1 fr. 25

MONNERET. **Du cancer du foie**. In-8 de 33 pages. 1855 ...... 1 fr.

MONNERET. **Des congestions dans les fièvres**. In-8 de 20 pages. 1860 .... 50 c.

MONNERET. **Lettre sur le choléra-morbus en Orient et dans le Nord de l'Europe**. In-8 de 31 pages .... 50 c.

MONNERET. **Recherches cliniques sur quelques maladies du foie**. In-8 de 22 pages .... 75 c.

MONNERET. **Études sur les bruits cardiaques et vasculaires dans l'état physiologique**. In-8 de 16 pages .... 50 c.

MORAX. **Des affections couenneuses du larynx**. In-8 de 156 pages. Paris, 1864 .... 2 fr. 50

MORDRET. **Traité pratique des affections nerveuses et chloro-anémiques** considérées dans les rapports qu'elles ont entre elles. Paris, 1861. 1 vol. in-8 de 496 pages .... 6 fr.

Ouvrage qui a obtenu un prix de l'Académie impériale de médecine.

MOREL-LAVALLÉE. **Rupture du péricarde : bruits de roue hydraulique ou bruit de moulin**. Grand in-8 de 38 pages. 1864 .... 1 fr. 25

MOUCHET. **Des affections secondaires du choléra observées dans l'épidémie de 1866**. In-8 de 75 pages. 1867 .... 2 fr.

MOUGEOT. **Recherches sur quelques troubles de nutrition consécutifs aux affections des nerfs**. Grand in-8 de 152 pages. 1867. 3 fr.

MOURA. **Traité pratique de laryngoscopie et de rhinoscopie**, suivi d'observations. Paris, 1864. 1 vol. in-8 de 200 pages, avec 21 figures dans le texte .... 4 fr.

MOURA. **L'acte de la déglutition, son mécanisme**. Grand in-8 de 60 pages, avec figures intercalées dans le texte et 2 pl. 1867 ...... 3 fr.

MOURIER. **Des causes de la stérilité chez l'homme et chez la femme**. In-8 de 128 pages. Paris, 1866 .... 2 fr.

MUGNIER. **De la folie consécutive aux maladies aiguës**. In-8 de 98 p. Paris, 1865 .... 2 fr.

MUNIER. **Mémoire sur l'importance et l'avenir des gisements métalliques de la Gardéole**. In-4. 1867 .... 1 fr. 50

MUNIER. **De l'exercice et de l'abus des droits de lignerage et de chasse dans les garrigues du canton de Frontignan**. In-12. 1867 .... 1 fr. 50

NEGRONI. **Aperçu sur l'ovariotomie**, fondée sur 645 observations. In-8 de 34 pages et 6 tableaux .... 1 fr. 50

NÉLATON (Eugène), prosecteur de la Faculté de médecine de Paris. **Mémoire sur une nouvelle espèce de tumeurs bénignes des os, ou tumeurs à myéloplaxes.** 1 vol. grand in-8 de 376 pages et 3 planches coloriées. 1860 .... 6 fr. 50

NIEMEYER, professeur de pathologie et de clinique médicale à l'Université de Tubingen. **De la leucémie et de la mélanémie**, traduit de l'allemand par le docteur Kuborn, professeur d'hygiène spéciale à l'école industrielle de Seraing. Paris, 1862. In-8 de 53 pages.......... 1 fr. 50

NODET (L.). **Études cliniques et expérimentales** sur les diverses espèces de chancres, et particulièrement sur le chancre mixte, précédées d'une lettre d'introduction par M. le docteur Rollet, chirurgien en chef de l'Antiquaille de Lyon. 2e édition. Paris, 1864. 1 vol. in-8 de 149 pages.. 2 fr.

NONAT, médecin de la Charité, agrégé libre de la Faculté de Paris. **Traité pratique des maladies de l'utérus et de ses annexes.** 2e édition, augmentée. 1 fort vol. in-8 avec figures dans le texte. Paris, 1868.

NONAT. **Traité des dyspepsies**, ou Études pratiques de ces affections, basée sur les données de la physiologie expérimentale et de l'observation clinique. 1 vol. in-8 de 230 pages. Paris, 1862.......... 3 fr. 50

NONAT. **Traité théorique et pratique de la chlorose avec une étude spéciale sur la chlorose des enfants.** In-8 de 211 pages. Paris, 1864.......... 3 fr. 50

OBÉDÉNARE. **De la trachéotomie dans l'œdème de la glotte et de la laryngite nécrosique.** In-8 de 80 pages. 1866.......... 2 fr.

OLLIER. **De la production artificielle des os au moyen de la transformation du périoste et des greffes osseuses.** 1859. In-8 de 20 pages.......... 75 c.

Mémoire lu à la Société de biologie.

OLLIVIER, sous-bibliothécaire de la Faculté de médecine de Paris, etc. **Essai sur les albuminuries produites par l'élimination des substances toxiques.** Grand in-8 de 24 pages. Paris, 1863.......... 1 fr. 25

OLLIVIER et RANVIER. **Observations pour servir à l'histoire de la leucocythémie et à la pathogénie des hémorrhagies et des thromboses qui surviennent dans cette affection.** In-8 avec 1 planche. 1867.......... 75 c.

OLLIVIER et RANVIER. **Contributions à l'étude histologique des lésions qu'on rencontre dans l'arthropathie et l'encéphalopathie rhumatismales aiguës.** In-8 avec 1 planche. 1866.......... 50 c.

OPPERMANN. **De quelques nouveaux produits opératoires dans le traitement de la cataracte.** In-4 de 71 pages. 1866.......... 2 fr.

PANAS, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, chirurgien des hôpitaux, etc. **Des cicatrices vicieuses et des moyens d'y remédier.** In-8 de 134 pages et 1 planche. Paris, 1863.......... 2 fr. 50

PARROT, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, médecin des hôpitaux. **Étude sur la sueur de sang et les hémorrhagies névropathiques.** In-8 de 69 pages. Paris, 1859.......... 1 fr. 50

PATEZON. **Études cliniques sur les maladies traitées aux eaux minérales de Vittel** (Vosges), par le docteur Patezon, médecin-inspecteur, etc. Paris, 1862. 1 vol. in-12 .... 1 fr. 50

PATEZON. **Guide aux eaux minérales de Vittel.** 1 vol. in-12. 1867 .... 1 fr. 50

PÉAN, chirurgien des hôpitaux de Paris, etc. **L'ovariotomie peut-elle être faite à Paris avec des chances favorables de succès ? — Observations pour servir à la solution de cette question.** Grand in-8. 1867 .... 1 fr.

PÉAN. **De la scapulalgie et de la résection scapulo-humérale**, envisagée au point de vue du traitement de la scapulalgie. Paris, 1860. In-8 de 92 pages et 20 dessins intercalés dans le texte .... 3 fr. 50

PÉCHOT, professeur de pathologie interne à l'École de médecine de Rennes, etc. **Principes de pathologie générale.** 1 vol. in-12 de 424 pages. 1867 .... 4 fr.

PELVET. **Des anévrysmes du cœur.** In-8 de 172 pages, avec 2 planches. 1867 .... 3 fr. 50

PENILLEAU. **Étude sur le café au point de vue historique, physiologique et alimentaire.** Grand in-8 de 90 pages. Paris, 1864 .. 2 fr. 50

PERIER, médecin inspecteur des eaux de Bourbon-Larchambault. **Étude sur l'emploi des eaux minérales de Bourbon-Larchambault dans les hémiplégies cérébrales**, suivie d'une appréciation des eaux de Niederbronn dans le traitement des calculs biliaires. In-8 de 50 pages. 1867 .... 1 fr. 25

PÉRIER. **Notice sur la salle d'inhalation provisoire de Bourbon-l'Archambault**, et sur l'action thérapeutique de l'atmosphère artificielle obtenue dans l'intérieur de cette salle. In-8, 1867 .... 50 c.

PERRET. **Des tumeurs sanguines intra-pelviennes pendant la grossesse normale et l'accouchement.** Grand in-8° de 88 pages. Paris, 1864 .... 2 fr.

PETIT, médecin en chef de l'Asile des aliénés de Nantes. **Examen de la loi du 30 juin 1838 sur les aliénés.** In-8 de 68 pages. Paris, 1865. 2 fr.

PETIT. **Transmission de la syphilis par la vaccination**, des moyens pour l'éviter. In-8 de 105 pages. 1867 .... 2 fr.

PÉTREQUIN, professeur à l'École de médecine de Lyon, etc. **Mélanges d'histoire, de littérature et de critique médicales** sur les principaux points de la science et de l'art. Paris, 1864. 1 vol. grand in-8 de 476 pages .... 6 fr.

PÉTREQUIN. **Traité d'anatomie médico-chirurgicale et topographique.** 1 fort vol. in-8. Paris, 1844 .... 2 fr.

PÉTREQUIN. **De l'emploi thérapeutique des lactates alcalins, dans les maladies fonctionnelles de l'appareil digestif.** 2e édition. In-8° de 24 pages. Paris, 1864 .... 75 c.

PICARD. **Des inflexions de l'utérus à l'état de vacuité.** 1 vol. in-8° de 200 pages, avec figures dans le texte. Paris, 1862 .... 3 fr. 50

PIERRESON. **De la diplégie faciale.** In-8° de 62 pages. 1867. 1 fr. 50

PIORRY, professeur de clinique médicale à la Faculté de Paris, membre de l'Académie, etc. **La médecine du bon sens.** De l'emploi des petits moyens en médecine et en thérapeutique. 2ᵉ édition. 1 vol. in-12. Paris, 1867 .... 5 fr.

PIORRY. **Traité de plessimétrisme et d'organographisme**, anatomie des organes sains et malades, établie pendant la vie au moyen de la percussion médiate et du dessin à l'effet d'éclairer le diagnostic. 1866. 1 fort vol. in-8 avec 91 figures intercalées dans le texte .... 15 fr.

PIRÈS, ancien chef de clinique du docteur Wecker. **De l'opération de la cataracte par l'extraction linéaire scléroticale.** In-8 de 57 pages avec 16 figures. 1867 .... 2 fr.

PITET. **Dissertation sur quelques points de philosophie médicale et thérapeutique à propos du choléra.** In-12. 1867 .... 1 fr.

PLAITE. **Nouveaux moyens de prophylaxie infaillible, très-simples et inoffensifs**, applicables chez la femme au moyen d'un nouvel instrument, contre les maladies vénériennes et contre la syphilis, et explication théorique des formes et des phénomènes de la syphilis par un seul virus, agissant comme les ferments. In-8 de 171 pages, avec une planche. Paris, 1865 .... 2 fr. 50

POTAIN, médecin des hôpitaux de Paris, professeur agrégé de la Faculté de médecine. **Des lésions des ganglions lymphatiques viscéraux.** In-8. Paris, 1860 .... 2 fr.

POUCHET. **Des colorations de l'épiderme.** In-4 de 52 pages. Paris, 1864 .... 2 fr. 50

POULLET. **Recherches sur les caillots du cœur.** In-8 de 67 pages avec 1 planche. 1866 .... 2 fr.

POUQUET. **De la trachéotomie dans le cas de croup**, considérations pratiques. Mémoire in-8 de 88 pages. Paris, 1863 .... 2 fr.

POUZOLZ. **Flore du département du Gard**, ou Description des plantes qui croissent naturellement dans ce département. 2 vol. in-8. 1862. 5 fr.

PRÉVOST et COTARD. **Études physiologique et pathologiques sur le ramollissement cérébral.** 1 vol. grand in-8 avec 4 planches en chromolithographie. 1866 .... 5 fr.

PUISTIENNE. **Remarques et observations sur quelques tumeurs enkystées pelviennes ou abdominales chez la femme.** In-8 de 82 pages avec 3 planches. 1867 .... 2 fr. 50

PUTEGNAT (E.). **De la stomatite gangréneuse.** In-8 de 32 pages. Paris, 1865 .... 1 fr. 25

PUTEGNAT. **Sur l'occlusion intestinale.** Grand in-8 de 43 pages. 1867 .... 1 fr. 50

RAMON. **Instruction pratique sur les soins à donner aux personnes atteintes de choléra-morbus asiatique, épidémique ou sporadique**, avant l'arrivée du médecin. In-18 de 82 pages. 1867 .... 75 c.

RANVIER. **Considérations sur le développement du tissu osseux et sur les lésions élémentaires du cartilage et des os.** In-8 de 72 pages et 1 planche. Paris, 1865 .... 2 fr.

RAYER. **Cours de médecine comparée.** Introduction. Grand in-8 de 52 pages. 1863.. 1 fr. 50

RAYNAUD. **De l'ophthalmie diphthéritique.** Grand in-8 de 116 pages. 1866.. 2 fr. 50

Recueil de questions posées aux cinq examens de médecine. 9 vol. in-18. Paris, 1865-1868. Prix de chaque volume............ 1 fr. 50

REGNAULD. **Mémoire sur une maladie particulière des genoux.** In-8 de 44 pages. 1861.. 4 fr.

REGNIER. **Maladies de croissance.** Grand in-8. Paris, 1860..... 2 fr.

RELIQUET. **De l'uréthrotomie interne.** In-8 de 134 pages. Paris, 1865.. 2 fr.

RELIQUET. **Irrigation continue de l'urèthre et de la vessie.** In-12 de 23 pages. Paris, 1866.. 50 c.

REVEIL, professeur agrégé à la Faculté de médecine et à l'École supérieure de pharmacie de Paris, etc. **Recherches de physiologie végétale. De l'action des poisons sur les plantes.** 1 vol. in-8 de 180 pages. Paris, 1865.. 3 fr. 50

REVEIL. **Recherches sur l'osmose et sur l'absorption par le tégument externe chez l'homme, dans le bain.** 1 vol. in-8 de 82 pages. Paris, 1865.. 2 fr. 50

REVILLIOD. **De l'action de quelques maladies aiguës sur la tuberculisation.** In-8 de 88 pages. Paris, 1865.................... 2 fr.

RIANT. **Difficultés du diagnostic médical.** In-8 de 85 pages. Paris, 1866.. 2 fr.

RICORD, chirurgien de l'hôpital du Midi, membre de l'Académie de médecine, etc. **Leçons sur le chancre,** professées à l'hôpital du Midi, recueillies et publiées par le docteur A. FOURNIER, suivies de notes et pièces justificatives et d'un formulaire spécial. 2e édition, revue et augmentée. Paris, 1860. 1 vol. in-8 de 549 pages...................... 7 fr.

ROBERT, médecin de l'Hospice-Asile des vieillards, etc. **Conseil d'hygiène et de médecine usuelle.** 1 vol. in-18 de 216 pages. Paris, 1864. 1 fr. 25

ROBERT (A.). **Des vices congénitaux de conformation des articulations.** Paris, 1851. 1 vol. in-8.......................... 2 fr.

ROBERTET. **Essai sur l'encéphalite.** In-8 de 50 pages. Paris, 1865. 1 fr. 50

ROBIN (Ch.). **Les théories des mouvements du cœur,** suivi d'un Mémoire sur les capacités des oreillettes et des ventricules, par le docteur HIFFELSHEIM. In-8 de 36 pages. Paris, 1864.................... 1 fr.

ROBIN-MASSÉ. **Des polypes naso-pharyngiens** au point de vue de leur traitement Grand in-8 de 92 pages et 6 planches. Paris, 1864... 3 fr.

ROCHARD, médecin adjoint de la prison des Madelonnettes, etc. **Traité des maladies de la peau.** Paris, 1863. 1 vol. in-8.............. 6 fr.

RODET. **De la trichine et de la trichinose.** 2e édition. Paris, 1866. In-8 de 50 pages et 1 planche.......................... 1 fr. 50

ROMMELAERE. **De la pathogénie des symptômes urémiques.** Étude de physiologie pathologique. In-8 de 80 pages avec 2 planches . 2 fr. 50

RONDEAU. **Des affections oculaires réflexes et de l'ophthalmie sympathique.** In-8 de 132 pages. Paris, 1866.............. 2 fr. 50

ROQUES. **De la coqueluche.** Essai de traitement par les émanations des usines à gaz. In-8 de 56 pages. 1866.................. 1 fr. 50

ROTTENSTEIN. **Considérations sur le développement et la conservation des dents,** et quelques mots à propos de leurs maladies et de leur prothèse. Paris, 1861. In-8.............................. 2 fr.

ROTTENSTEIN et LEBERT. **De la carie des dents.** 1 vol. in-8 avec planches. Paris, 1868..

ROUBAUD, médecin-inspecteur des eaux minérales de Pougues, etc. **Eaux minérales de Pougues,** troubles de la digestion, maladies des voies urinaires. In-8 de 87 pages. Paris, 1865...................... 2 fr.

ROUBY. **Du traitement des varices et spécialement du procédé par les injections de liqueur iodo-tannique.** In-8 de 121 pages. 1867. 2 fr.

ROUET. **Influence du système nerveux sur les phénomènes physico-chimiques de la vie de nutrition.** In-8 de 52 pages. Paris, 1865. 1 fr. 25

ROUSTAN. **Recherches sur l'inoculabilité de la phthisie.** In-8 de 100 pages, avec 2 planches......................... 2 fr. 50

ROUYER. **Études médicales sur l'ancienne Rome.** Les bains publics de Rome, les magiciennes, les philtres, etc.; l'avortement, les eunuques, l'infibulation, la cosmétique, les parfums, etc. Paris, 1859. 1 vol. in-8. 3 fr. 50

ROUYER. **Des tumeurs de la région palatine** formées par l'hypertrophie des glandes salivaires. In-8 de 24 pages.................. 1 fr.

ROUYER. **Du traitement des kystes de l'ovaire par les injections iodées.** In-8.. 1 fr.

ROUYER. **Études cliniques sur les fongosités de la muqueuse utérine,** et sur leur traitement par l'abrasion et la cautérisation. 1858. Brochure in-4 de 50 pages.............................. 1 fr. 50

ROYET. **Considérations sur quelques tumeurs abdominales.** Grand in-8 de 86 pages. Paris, 1861.......................... 1 fr. 50

SABATIER. **De l'absorption.** In-8. 1866..................... 3 fr.

SALES-GIRONS, médecin-inspecteur des eaux minérales. **Étude médicale sur les eaux minérales de Pierrefonds-les-Bains;** application des eaux sulfureuses pulvérisées au traitement des maladies de la poitrine. Paris, 1864. 1 vol. in-12 de 194 pages, avec figures intercalées dans le texte ... . 2 fr.

SALVA. **Du gaz acide carbonique comme analgésique, et cicatrisation des plaies.** In-8 de 42 pages. Paris, 1860.......... 1 fr. 25

SANDRAS. **Étude sur la digestion et l'alimentation et sur la diathèse urique.** 2e édition. In-8 de 64 pages. Paris, 1865..... 1 fr. 25

SANDRAS. **De l'emploi du fer en thérapeutique,** et en particulier du phosphate de fer du nouveau Codex. 2e édition in-8 de 54 p. 1867. 2 fr.

SANDRAS. **Essai sur les eaux minérales phosphatées-ferrugineuses.** In-8. 1866 .... 1 fr.

SAPPEY, professeur d'anatomie à la Faculté de médecine de Paris, etc. **Traité d'anatomie descriptive**, avec figures intercalées dans le texte. 2e édition entièrement refondue. Tome Ier, **Ostéologie et Arthrologie.** 1 vol. in-8 avec 226 fig. Paris, 1867. Prix du tome Ier .... 12 fr. Tome II, **Myologie et Angiologie.** (*Sous presse.*)

SAVALLE. **Études sur l'angine de poitrine.** In-8 de 83 pages. Paris, 1864 .... 2 fr.

SCHNEIDER, médecin de l'hospice de Thionville. **Préparation à l'exercice de la médecine.** Ouvrage destiné spécialement à initier les jeunes médecins aux réalités de la carrière. 1 vol. in-12 de 216 pages. Paris, 1861 .... 2 fr.

SÉGALAS (P. S.). **De la lithotritie considérée au point de vue de son application.** Paris, 1856. In-8 .... 2 fr.

SÉMÉRIE. **Des symptômes intellectuels de la folie.** In-8 de 104 pages, 1867 .... 2 fr.

SENTOUX. **De la surexcitation intellectuelle dans la folie.** 1 vol. in-8, 1867 .... 4 fr.

SAINT-VEL, ancien médecin civil à la Martinique. **Traité des maladies intertropicales.** 1 vol. in-8 de 524 pages. Paris, 1868 .... 7 fr.

SERÉ (de). **Du relâchement du pylore, son influence sur la digestion de l'estomac en un certain nombre de maladies chroniques.** 2e édition, revue et augmentée. In-8 de 68 pages. Paris, 1865. 1 fr. 50

SICARD. **Essai sur la douleur au point de vue physiologique.** Paris, 1863. In-8 de 38 pages .... 1 fr. 25

SOLARI. **Maladies de matrice (utérus).** Conseils pratiques sur les moyens de prévenir ces maladies et sur leur traitement. Paris, 1863. Grand in-8 de 71 pages .... 2 fr.

SOLARI. **Choléra de 1865**, sa marche, son mode de transmission, moyens de le faire disparaître ou d'en arrêter la propagation. In-8 de 45 pages. Paris, 1865 .... 75 c.

SOLARI. **Traité pratique des maladies vénériennes.** 1 vol. in-12 de 310 pages avec 12 planches chromolithographiques et photographiques. Paris, 1867 .... 5 fr.

SOTTAS. **De l'influence des déviations vertébrales** sur les fonctions de la respiration et de la circulation. In-8 de 71 p. Paris, 1865. 1 fr. 50

SOULIGOUX. **Du ramollissement des os et des moyens d'y remédier,** précédé d'une lettre du professeur PIORRY. 1 vol. in-12. 1866. 2 fr. 50

SPERINO, professeur d'ophthalmologie à l'Université de Turin, etc. **Études cliniques sur l'évacuation répétée de l'humeur aqueuse dans les maladies de l'œil.** 1862. 1 vol. gr. in-8 de 496 pages.... 6 fr.

SPIESS. **De l'intervention chirurgicale dans la rétention d'urine.** 1 vol. in-8 de 90 pages. Paris, 1866 .... 2 fr.

STOKES, professeur royal de médecine à l'Université de Dublin, etc. **Traité des maladies du cœur et de l'aorte,** ouvrage traduit par le docteur SÉNAC, médecin consultant à Vichy. In-8 de 746 p. Paris, 1864.. 10 fr.

STOUFFLET. **Le Choléra à l'hôpital Lariboisière en 1865**, dans ses rapports avec les autres maladies. In-8 de 188 pages. 1866...... 3 fr.

SUCQUET (J. P.). **Anatomie et physiologie**. Circulation du sang. D'une circulation dérivative dans les membres et dans la tête chez l'homme. Mémoire approuvé par l'Académie impériale de médecine, séance du 18 juin 1861. In-8 et Atlas de 6 pl. in-folio, dessins d'après nature par Lackerbauer. Paris, 1862.................................... 8 fr.

SUCQUET (J. P.). **Anatomie et physiologie**. D'une circulation du sang spéciale au rein des animaux vertébrés mammifères, et de la sécrétion des urines qu'elle y produit. In-8 de 52 pages avec 5 planches en chromolithographie. 1867.................................... 2 fr. 50

TARNIER. **Mémoire sur l'hygiène des hôpitaux de femmes en couches**. In-8 de 24 pages. 1864.......................... 1 fr.

THÉVENIN. **Considérations sur le traitement du bec-de-lièvre compliqué**. Grand in-8 de 80 pages, avec 1 planche. 1866...... 2 fr. 50

THIERRY. **Sur l'enseignement et les exercices gymnastiques**. In-8 de 15 pages. 1848.................................... 50 c.

THIERRY. **Sur les accidents graves qui peuvent résulter de l'extirpation d'un cor et sur leur traitement**. In-8.......... 50 c.

THOMAS, professeur à l'École de médecine de Tours. **Eléments d'ostéologie descriptive et comparée de l'homme et des animaux domestiques**. à l'usage des étudiants des écoles de médecine humaine et des écoles de médecine vétérinaire. 1 vol. in-8 accompagné d'un atlas de 12 pl. dessinées par Lackerbauer. Paris, 1865...................... 12 fr.

THOMAS (Louis). **Du pneumatocèle du crâne**. In-8 de 89 pages. Paris, 1865... 2 fr.

THOMAS (Pierre-Frédéric). **Traité pratique de la fièvre jaune observée à la Nouvelle-Orléans**. Paris, 1 vol. in-8 de 246 pages.. 2 fr.

THOMAS (H.). **Des tumeurs des paupières**. In-8 de 78 pages avec une planche. 1866.................................... 2 fr. 50

THULIÉ. **Étude sur le délire aigu sans lésion**. 1 vol. gr. in-8 de 124 pages. Paris, 1865............................... 2 fr. 50

TIRMAN. **Recherches sur le traitement de l'étranglement herniaire** et en particulier sur le taxis progressif. Paris, 1863. In-8 de 90 pages. 2 fr. 50

TIXIER. **Considérations sur les accidents à forme rhumatismale de la blennorrhagie**. In-8 de 95 pages. 1866. .... 2 fr.

TOURANGIN. **Étude sur le croup ou diphthérie laryngée**. In-4 de 100 pages. 1866................................... 3 fr. 50

TRASTOUR, professeur adjoint de clinique médicale à l'Ecole de médecine de Nantes. **Du développement imprévu des tubercules et de la phthisie**. In-8 de 95 pages. Nantes, 1864.................. 2 fr.

TRASTOUR. **Nouveau mode de traitement des ulcères des jambes**. In-8 de 32 pages...................................... 1 fr.

TRÉLAT, médecin de la Salpêtrière, etc. **La folie lucide, considérée au point de vue de la famille et de la société**. 1 vol. in-8. Paris, 1861.. 6 fr.

TRÉLAT, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris. **De la nécrose causée par le phosphore.** 1857. In-8 de 120 pages. 2 fr. 50

TRIADOU. **Des grossesses extra-utérines.** 1 vol. in-8 de 131 pages. Montpellier et Paris, 1866 .... 3 fr. 50

TRIQUET. **Leçons cliniques sur les maladies de l'oreille,** ou Thérapeutique des maladies aiguës et chroniques de l'appareil auditif. 1 vol. in-8 de 439 pages, avec figures dans le texte. Paris, 1866............ 6 fr.

TROUSSEAU, professeur de la Faculté de médecine de Paris, etc. **Conférences sur l'empirisme.** Paris, 1862. In-8 de 58 pages.... 1 fr. 50

UNION (L') MÉDICALE. Journal des intérêts scientifiques et pratiques, moraux et professionnels du corps médical, paraît trois fois par semaine. *L'Union médicale*, un des journaux les plus répandus en France et à l'étranger, est à la fois un journal et un livre : un journal par la rapidité et l'actualité de ses publications ; un livre par l'importance et la valeur de ses travaux, qui ont pour auteurs le plus grand nombre des célébrités médicales contemporaines. Prix de l'abonnement : pour Paris et les départements : 1 an, 32 fr. ; 6 mois, 17 fr. ; et 3 mois 9 fr., pour l'étranger le port en plus.

Nota. — Notre maison est spécialement chargée de recevoir des abonnements à prix réduit, institués en faveur de MM. les étudiants des Facultés et Écoles de médecine de France.

VALETTE, professeur de clinique chirurgicale à l'école de médecine de Lyon, etc. **De la méthode à suivre dans l'étude** et l'enseignement de la clinique, vitalisme et organicisme. In-8 de 99 p. Paris, 1864... 2 fr.

VAN HEURCK, professeur de botanique, etc. **Le microscope,** sa construction, son maniement et son application aux études d'anatomie végétale. 1 vol. in-12 de 108 p. avec 35 fig. dans le texte. Paris, 1865. 3 fr.

VAN HOLSBECK. **Compendium d'électricité médicale.** 1 vol. in-12, de 693 pages et 15 figures dans le texte. Édition augmentée d'un aperçu des progrès faits en électrothérapie jusqu'à 1868. Paris......... 7 fr.

VANNIER. **Cause morale de la circoncision des Israélites,** institution préventive de l'onanisme des enfants et des principales causes d'épuisement. Réhabilitation et réforme. 1 vol. in-8. Paris, 1847...... 1 fr. 50

VAQUEZ. **Chirurgie conservatrice du pied.** Mémoire sur l'amputation de M. le professeur MALGAIGNE (désarticulation astragalo-calcanéenne, ou amputation sous-astragalienne des auteurs) ; quelques mots sur l'extirpation du calcanéum (opération de Monteggia). Paris, 1859. 1 vol. in-4 de 179 pages, 2 planches lithographiées et 5 fig. dans le texte..... 3 fr. 50

VAURÉAL. **Essai sur l'histoire des ferments ;** de leur rapprochement avec les miasmes et les virus. 1 vol. gr. in-8 de 194 p. Paris, 1864. 3 fr.

VAURÉAL. **Esquisse des effets physiologiques et thérapeutiques de l'eau.** In-8 de 18 pages. Paris, 1865.................... 1 fr.

VAURÉAL. **Genèse et indications du choléra-morbus épidémique.** In-18 de 82 pages. 1867.......................... 1 fr. 50

VAURÉAL. **Aperçu du rôle de l'eau dans la nature.** In-8, 1867. 75 c.

VÉE. **Recherches chimiques et physiologiques sur la fève du Calabar.** In-8 de 34 pages. 1865....................... 1 fr.

VELPEAU, clinique chirurgicale de la Charité. **Leçons sur le diagnostic et le traitement des maladies chirurgicales,** recueillies et redigées par A. REGNARD, interne des hôpitaux, revues par le professeur. In-8 de 60 pages. Paris, 1866 .... 1 fr. 50

VERLIAC. **Recherches sur le diagnostic des épanchements pleurétiques et les indications de la thoracentèse chez les enfants.** In-8 de 116 pages. Paris, 1865 .... 2 fr.

VERNEUIL, professeur à la Faculté de médecine de Paris. **Éloge d'Alph. Robert,** chirurgien honoraire des hôpitaux de Paris, professeur d'anatomie, etc. 1864. In-8 de 96 pages .... 2 fr.

VERRIER. **Quelle part doit-on attribuer au traumatisme dans les affections puerpérales.** In-8 de 112 pages. 1866 .... 2 fr.

VÉSINE-LARUE (de). **Essai sur l'avortement,** considéré au point de vue du droit criminel, de la médecine légale et de la responsabilité médicale, lorsqu'il est provoqué par le médecin pour le salut de la mère. In-8 de 84 pages. 1867 .... 1 fr. 50

VÉSINE-LARUE (de). **Considérations sur l'action des eaux sulfureuses naturelles dans le traitement des paralysies.** In-4 de 99 pages. 1867 .... 1 fr. 50

VIALLETTES. **Étude clinique sur les causes et le traitement de la phthisie pulmonaire.** In-4 de 220 pages. 1866 .... 3 fr. 50

VIELLE. **Essai sur le rôle social de la médecine.** In-8 de 50 pages. Paris, 1866 .... 1 fr. 50

VIGNEAU. **De l'exstrophie de la vessie.** Gr. in-8 de 162 p. et 1 planche. 1867 .... 3 fr. 50

VIRCHOW, professeur d'anatomie pathologique à la Faculté de médecine de Berlin, membre correspondant de l'Institut de France. **La syphilis constitutionnelle.** Traduit de l'allemand par le docteur Paul PICARD ; édition revue, corrigée et considérablement augmentée par le professeur. Paris, 1860. 1 vol. in-8, avec fig. dans le texte .... 4 fr.

VULPIAN, médecin des hôpitaux de Paris, professeur agrégé à la Faculté de médecine. **Des pneumonies secondaires.** 1860. In-8 .... 2 fr.

VULPIAN. **Recherches expérimentales relatives aux effets des lésions du 4e ventricule et spécialement à l'influence de ces lésions sur le nerf facial.** In-8 de 68 pages et 12 figures. Paris, 1861 .... 2 fr.

WECKER, médecin-oculiste de la maison Eugène-Napoléon, professeur de clinique ophthalmologique, etc. **Traité théorique et pratique des maladies des yeux.** 2e édition, revue, corrigée et augmentée.

1er fascicule. **Maladies de la conjonctive.** 1 vol. in-8 de 216 pages, avec 1 planche. 1867 .... 3 fr. 50

2e fascicule. **Maladies de la sclérotique, de la cornée, de l'iris et de la choroïde.** 1 vol. in-8 de 368 pages, avec 25 figures intercalées dans le texte et 3 planches. 1867 .... 4 fr.

3e fascicule. **Maladies des paupières, de l'orbite et des voies lacrymales.** 1868. Avec 51 fig. dans le texte et 1 planche. 3 fr. 50

WECKER. **De la conjonctivite purulente, de la diphthérite et de la conjonctivite,** au point de vue du diagnostic différentiel et de la thérapeutique. In-8 de 87 pages. Paris, 1861 .... 1 fr. 25

WINTREBERT. **Des courants continus et de leur action sur l'organisme.** In-8 de 68 pages. 1866 .... 1 fr. 50

YGONIN. **Des obstacles que le col utérin peut apporter à l'accouchement.** In-8 de 127 pages. Paris, 1863 .... 2 fr.

QUELQUES EXEMPLAIRES DES OUVRAGES SUIVANTS :

ABEILLE MÉDICALE (l'). 1844 à 1858. **Revue hebdomadaire de médecine et de chirurgie pratiques**, etc. 15 vol. in-4, reliés........... 20 fr.

ANDRAL. **Cours de pathologie interne.** 2e édition. 1848. 3 vol. in-8 reliés. 18 fr.

Annales d'hygiène et de médecine légale. 1re série (1829 à 1853). 50 vol. in-8 avec table.................................... 400 fr.

Archives générales de médecine. Collection complète jusqu'à ce jour, en demi-reliure veau. 120 vol. et table....................... 700 fr.

— La même, demi-basane.................................... 650 fr.

Art médical (l'), journal de médecine générale et de la médecine pratique, Paris, 1855-1864. 20 vol. in-8.......................... 100 fr.

BALLONII (G.). **Opera omnia medica.** Venetiis, 1734, 4 tomes en 2 volumes reliés.. 15 fr.

BÉRAL. **Nomenclature et classification pharmaceutiques**, accompagnées d'une nouvelle méthode de formules et d'un grand nombre de formules rédigées d'après cette méthode. In-4, 1830..................... 5 fr.

Bibliothèque choisie de médecine, par PLANQUE. Paris, 1748. 10 vol. in-4, avec pl. reliés.. 30 fr.

BORSIERII. Editio nova, curante HECKER. Berolini, 1828, 4 vol. in-8, rel... 20 fr.

BOUCHARDAT. **Archives de physiologie, de thérapeutique et d'hygiène.** Paris. 1854, 2 vol. in-8................................. 4 fr.

BOUISSON. **Tribut à la chirurgie, ou Mémoires sur divers sujets de cette science.** 2 vol. in-4, avec planches. 1858-64 .... 25 fr.

BOURGERY. **Traité complet de l'anatomie de l'homme**, comprenant la médecine opératoire, dessiné d'après nature par Jacob, 1830-1855. 8 vol. in-folio, demi-reliure chagrin, fig. col.................... 750 fr.

— Le même, relié en 14 vol., demi-reliure, fig. col............ 800 fr.

— Le même, relié en 8 vol., demi-reliure, fig. noires.......... 500 fr.

— Le même. **La médecine opératoire.** 2 vol. en feuilles, fig. col. 250 fr.

BOYER. **Traité des maladies chirurgicales.** 11 vol., demi-rel. chagrin. 2e édition... 25 fr.

— Le même, 4e édition. demi-reliure chagrin.................. 50 fr.

Bulletin général de thérapeutique médicale et chirurgicale. Paris, 1831-1866, 69 vol. in-8.................................... 150 fr.

BURNS. **Traité des accouchements, des maladies des femmes et des enfants.** 1 vol. in-8.. 3 50

CABANIS. **Œuvres complètes**, accompagnées d'une notice sur sa vie et ses ouvrages. Paris, 1825. 5 vol. in-8.......................... 10 fr.

CLOQUET (Jules). **Anatomie de l'homme**, ou Description et figures lithographiées de toutes les parties du corps humain. 5 vol. grand in-folio reliés en 2 vol., demi-chagrin.................................. 120 fr.

Congrès périodique international d'ophthalmologie, rédigé par MM. les docteurs GIRAUD-TEULON et WECKER. 2e session. Paris, 1863. 1 vol. gr. in-8. 12 fr.

COOPER (Astley). **Œuvres chirurgicales**, trad. de l'anglais, avec des notes par E. CHASSAIGNAC et O. RICHELOT. Paris, 1837. In-8........... 5 fr.

COOPER (S.). **Dictionnaire de chirurgie pratique.** Paris, 1862. 2 vol. in-8, demi-reliure... 12 fr.

CUVIER (Georges). **Le règne animal.** 10 vol. de texte et 10 atlas montés sur onglets; ensemble 20 vol., dos et coins en maroquin, tranche supérieure dorée... 300 fr.

DALECHAMPS. **Histoire générale des plantes.** Lyon, 1815. 2 vol. in-folio, reliés... 15 fr.

DELPECH. **Chirurgie clinique de Montpellier.** 1823 à 1828. 2 vol. in-4, figures... 20 fr.

— **Précis élémentaire des maladies réputées chirurgicales.** Paris, 1816. 3 vol. in-8, reliés... 18 fr.

Dictionnaire des sciences médicales. 60 vol........................ 50 fr.

— Le même, demi-reliure basane... 80 fr.

Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques. 1829 à 1836. 15 vol. in-8, reliés, demi-veau... 50 fr.

Dictionnaire de médecine, ou Répertoire général des sciences médicales. 30 vol. in-8, demi-reliure chagrin........................ 100 fr.

— Le même, broché... 70 fr.

Dictionnaire de l'industrie manufacturière, commerciale et agricole, par M. BAUDRIMONT, etc. 1836-1841, 10 vol. in-8................. 20 fr.

DUCHESNE (E.). **De la prostitution dans la ville d'Alger** depuis la conquête. Paris, 1853. 1 vol. in-8... 2 fr.

DUMAS (J.-B.). **Traité de chimie appliquée aux arts.** Paris, 1828, 1846, 8 vol. in-8 et atlas in-4, broch........................ 90 fr.

ETTMULLER. **Opera medica theorico-practica.** 1736, 4 vol. in-fol. rel. 20 fr.

FLEURY (H.). **Le Progrès,** journal des sciences et de la profession médicale, annales de l'hydrothérapie rationnelle. Paris, 1858-1860. 5 vol. grand in-8, relié... 25 fr.

FODÉRÉ (E.). **Traité de médecine légale et d'hygiène publique.** Paris, 1813, 6 vol. in-8, demi-reliure veau........................ 12 fr.

FRANCK (P.-J.). **Traité de médecine pratique,** traduit du latin par GOUDAREAU, docteur en médecine, etc. 2e édition. Paris, 1842. 2 volumes grand in-8, rel... 20 fr.

GALENI. **Operum.** Lugduni, 1550. 4 vol. in-folio, rel............ 40 fr.

GALET. **Le corps de l'homme.** Traité complet d'anatomie et de physiologie humaine. 4 vol. avec 400 fig. coloriées, demi-reliure chagrin.... 80 fr.

GALL. **Sur les fonctions du cerveau.** Paris, 1825. 6 vol. in-8, cart 30 fr.

GALL. **Recherches sur le système nerveux** en général, et sur celui du cerveau en particulier. Paris, 1809. In-4, fig., relié............... 5 fr.

GAMELIN. **Nouveau recueil d'ostéologie et de myologie,** dessiné d'après nature pour l'utilité des sciences et des arts. Toulouse, 1779. 2 part. in-8° avec 100 planches... 15 fr.

Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie de Paris, dirigée par le Dr A. DECHAMBRE. Paris, 1854-1867. 14 vol. in-4, demi-reliure chagrin. 200 fr.

GEOFFROY. **Histoire abrégée des insectes.** 1800, 2 vol. in-4. avec planches... 20 fr.

GRISOLLE. **Traité élémentaire et pratique de pathologie interne.** 7ᵉ édit. Paris, 1857. 2 vol. in-8 .... 10 fr.

HALLER (A.). **Elementa physiologiæ corporis humani.** Lausanne, 1757. 9 vol. in-4, veau .... 40 fr.

HALLER (A.). **Disputationes ad morborum historiam et curationem facientes.** Lausanne, 1757-1766. 7 vol. in-4, rel., fig .... 25 fr.

HALLER (A.). **Bibliotheca anatomica.** Zurich, 1774. 2 volumes in-4. 15 fr.

HEISTER (L.). **Institutiones chirurgicæ.** 2 vol. in-4, rel .... 6 fr.

HOFFMANNI (F.). **Opera omnia physico-medica.** Denuo revisa, correcta et aucta cum supplemento. Genevæ, 1748-1753. Onze tomes en 4 vol. in-folio, rel. veau .... 40 fr.

Journal de médecine, de chirurgie et de pharmacie, rédigé par BACHER VANDERMONDE et ROUX. Paris, 1754-1793. 95 vol. in-12, reliés, et table in-4 .... 70 fr.

Journal (nouveau) de médecine, chirurgie et pharmacie, par BÉCLARD, CHOMEL, CLOQUET, MAGENDIE, ORFILA ET ROSTAN. Paris, 1818 à 1828. 15 vol. in-8, reliés .... 30 fr.

Journal des connaissances médico-chirurgicales, ou Revue de thérapeutique médico-chirurgicale, publié par MM. J. LEBAUDY, H. GOURAUD, TROUSSEAU et MARTIN-LAUZER. Paris, 1833 à 1857. 24 vol. grand in-8. 50 fr.

Journal des progrès des sciences et institutions médicales en Europe, en Amérique, etc. Paris, 1827 à 1830. 21 vol. in-8, rel .... 30 fr.

Journal hebdomadaire de médecine, par MM. ANDRAL, BLANDIN, etc. Paris, 1828-1830. 8 vol. in-8, reliés .... 15 fr.

LAMARK et DE CANDOLLE. **Flore française.** 6 vol. in-8, demi-rel. bas. 40 fr.

LARTIGUE (A.). **Encyclographie médicale,** ou Résumé analytique complet de tous les journaux de médecine et de pharmacie publiés en France. Paris, 1842 à 1846. 8 vol. in-8, cart .... 15 fr.

LEPECQ DE LA CLOTURE. **Collection d'observations sur les maladies et les constitutions épidémiques.** Paris-Rouen, 1776-1778. 3 vol. in-4, rel. 40 fr.

LISFRANC. **Clinique chirurgicale de l'hôpital de la Pitié.** Paris, 1841-1843. 3 vol. in-8 .... 10 fr.

MALGAIGNE. **Journal de médecine et de chirurgie,** et **Revue médico-chirurgicale.** Paris, 1843-1855. 26 vol. in-8 .... 50 fr.

MALGAIGNE. **Journal de chirurgie.** 4 vol. gr. in-8. Paris, 1843-1846. 10 fr.

MECKEL. **Manuel d'anatomie générale, descriptive et pathologique.** 1825, 3 vol. in-8 .... 10 fr.

Mémoires et prix de l'Académie royale de médecine. Paris, 1747-1797. 10 vol. in-4, rel., fig .... 40 fr.

Mémoires de l'Académie royale de chirurgie, précédés d'une analyse par M. le professeur MARJOLIN, et suivis de trois mémoires inédits. 3 vol. in-8 .... 6 fr.

Mémoires de l'Académie impériale de médecine de Paris. Paris, 1828-1862. 25 vol. in-4, avec planches, reliés .... 150 fr.

Mémoires de l'Académie royale de chirurgie. Paris, 1781. 15 vol. in-12, reliés .... 10 fr.

Mémoires de la Société médicale d'émulation. Paris, 1798-1826. 9 vol. in-8, reliés .... 20 fr.

MONNERET et FLEURY. **Compendium de médecine pratique.** 8 vol., demi-reliure chagrin .... 90 fr.

— Le même, broché .... 70 fr.

PARISEL. **L'Année pharmaceutique.** 4e année, 1863, Paris, 1864. 1 vol. gr. in-8 .... 1 fr. 50

PLOUCQUET. **Litteratura medica**, sive Repertorium medicæ practicæ, chirurgicæ, atque rei obstetricæ, cum supplemento. Tubingæ, 1808-1813, 5 vol. in-4, reliés .... 40 fr.

POMET. **Histoire générale des drogues simples et composées.** Paris, 1735. 2 vol. in-4, reliés .... 6 fr.

Revue médicale française et étrangère. Paris, 1820 à 1865. 154 vol. in 8, reliés .... 200 fr.

RICHERAND (le baron). **Nouveaux éléments de physiologie**, 10e édit., revue et augmentée par l'auteur et par le professeur BÉRARD aîné. Paris, 1833. 3 vol. in-8 .... 6 fr.

SAPPEY (P. H. C.), chef des travaux anatomiques, directeur des musées, et professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, etc. **Traité d'anatomie descriptive.** 3 vol. in-12, rel., avec de nombreuses figures dans le texte (ouvrage complet) .... 40 fr.

SAUVAGES. **Nosologia methodica sistens morborum classes.** 1768, 2 vol. in-4, rel .... 6 fr.

SENNERT (D.). **Opera medica.** Paris, 1641. Six tomes, rel. en 3 vol. in-folio, reliés .... 15 fr.

SICHEL. **Traité de l'ophthalmie, de la cataracte et de l'amaurose**, 1837, 1 vol. in-8 .... 10 fr.

SPRENGEL. **Institutiones medicæ.** Amstelodami, 1809. 9 vol. in-8, broch. 15 fr.

TARDIEU (A.). **Dictionnaire d'hygiène publique et de salubrité**, etc. Paris, 1852-1854. 3 vol. grand in-8, reliés .... 20 fr.

— Le même, broché .... 12 fr.

TOURNEFORT. **Institutiones rei herbariæ.** Paris, 1719. 3 vol. in-4, rel .... 10 fr.

Union médicale (L'). Journal des intérêts scientifiques et pratiques, moraux et professionnels du corps médical ; rédigé par MM. LATOUR et RICHELOT. 1re série. Paris, 1847-1858. 12 vol. in-folio. 2e série, 1859-1865. 28 vol. grand in-8 .... 200 fr.

VALLEIX. **Guide du médecin praticien.** 3e édit. Paris, 1853. 5 vol. in-8 .... 20 fr.

VAN SWIETEN. **Commentaria in herm. Boerhaavii Aphorismos.** 1769, 5 vol. in-4, rel .... 15 fr.

ZIMMERMANN. **Traité de l'expérience en général, et en particulier dans l'art de guérir**, par LEFEBVRE DE V...., 3 vol. in-8. Montpellier, 1818 .... 3 fr. 75

Paris. - Imprimerie de E. MARTINET, rue Mignon, 2.

NAME	DATE DUE

